

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

### Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

### Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

### Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

### Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

### Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

### Adresses Mails utiles

- |                                    |                      |
|------------------------------------|----------------------|
| O Réclamation                      | contact@mupras.com   |
| O Prise en charge                  | pec@mupras.com       |
| O Adhésion et changement de statut | adhession@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Nº W19-562270

50898

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>12687</b>	Société : <b>RAT Handling</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>KHARACHE Hicham</b>			
Date de naissance : <b>06/01/1988</b>			
Adresse : <b>51, AVG Rue El Batta et Cellini, Résidence Agaibh Apt 1F Casa</b>			
Tél. :	Total des frais engagés : _____ Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <b>02/12/2020</b>			
Nom et prénom du malade : <b>KHARACHE HICHAM</b>			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <b>Respiratoire</b>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>TO DEC. 2020</b>			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) :



## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Y. Oussouye Sidi Diop</i>	<u>02/02/20</u>	<u>772,30</u>

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Sur BEAU LEMIEZ Technicien Radiologue Mers-Sur- Mer 22 82 23 42</i>	02/12/2020	2/12 Rx sonde	200,-

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

**Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.**

#### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ]
					<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> [ ]
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> [ ]
					<b>DEBUT D'EXECUTION</b> [ ]
					<b>FIN D'EXECUTION</b> [ ]
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> [ ]
		<b>H</b> $\begin{array}{r l} 25533412 & 21433552 \\ \hline 00000000 & 00000000 \end{array}$ <b>D</b> $\begin{array}{r l} 00000000 & 00000000 \\ \hline 35533411 & 11433553 \end{array}$ <b>G</b> <b>B</b>			
		<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession			<b>MONTANTS DES SOINS</b> [ ]
					<b>DATE DU DEVIS</b> [ ]
					<b>DATE DE L'EXECUTION</b> [ ]
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>					
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>					

# CABINET MEDICAL DES MALADIES RESPIRATOIRES

Docteur BENMALLEM Mustapha

Spécialiste des Maladies Respiratoires

C.E.S. de l'Université de Paris

Asthme, Maladies des Poumons, Tuberculose

ALLERGIE RESPIRATOIRE

Sevrage Tabagique

Ronflement

الدكتور بن معلم مصطفى

إخلاصي في الأمراض الصدرية

خريج جامعة باريس

الضيق - داء السل - أمراض الرئة

مرض الحساسية

الإقلاع عن التدخين

الشخير

Casablanca, le : 02/12/2020 الدار البيضاء، في :

نـ KTHARBA ELLI HICHAM

45,30



D Butoreut Spray

42,00 زجاجة x 4/3 x 5]

② Pre du 20 mg

95,00 3 g / 3 لعاب after 4/3  
x 5]



③ EFLOXICIN 500

30,00 1 g / 3 au repas x 5g -

④ Oeds do en g

185,00 x 2 1 gelée la nuit à jeun x 3

⑤ SAFLO 250 spray (2bts)

25,10 x 2/3 x 2ns → TSVP

⑤ Aeromar (ibat)

190,00 2 fulv nasal & son

To 772,30

Docteur BEN MALLEH Mustapha  
Pneumologue et otologue  
1 Rue d'Amiens - 1000 Au 2 Mars  
Casablanca  
Tel: 022 82 23 42



Dr BEN MALLEH WAIU  
153, Rue Habacha  
(Bd Day Dula / Souk Babai)  
Casablanca  
Tel: 022 82 23 42 07

Docteur Benmallem Mustapha  
Pneumologue  
97 Avenue 2 Mars Casa EL Fida

Casablanca, le 02/12/2021

Facture et Compte Rendu de la radiographie Pulmonaire

Mr, Mme ..... KHARBAHÉ Hicham .....

A subi une radiographie pulmonaire cotée Z a payé à Deux Cents Dirhams (200,00 DH).

résultat

pas de lésions pulmonaires  
Inscritable

Docteur BENMALLEM Mustapha  
Pneumophtisiologue  
97 Rue d'athénée - Avenue 2 Mars  
Casa - Mers Sultan  
Tel: 022 87 22 42



LOT 200709  
EXP 01/2023  
PPV 30.00DH

IDEMCO

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Uniquement sur ordonnance  
لَا يُؤْتَى بِهِ إِلَّا مَعْ قَرْبَةِ الطَّبِيبِ

tableau C (liste III)

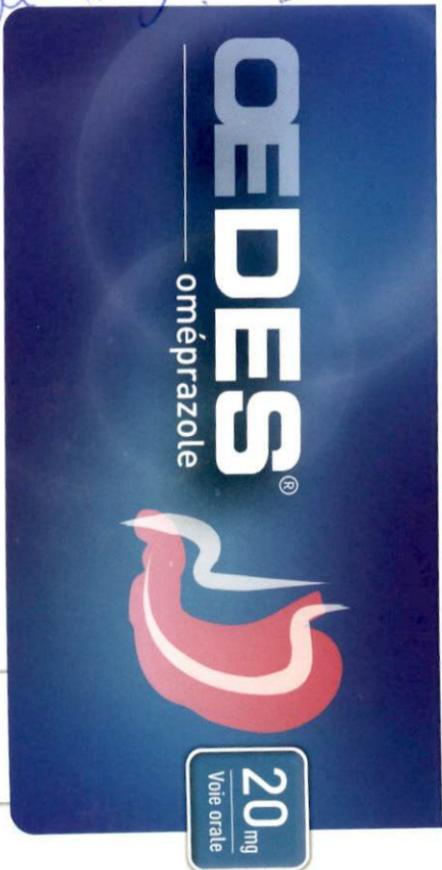
CONDITIONS D'EMPLOI:  
Se conformer à la prescription médicale.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

Conserver à une température inférieure à 25°C.

Lire attentivement la notice avant toute utilisation.  
لَمَنْ يَدْعُوا إِلَيْهِ فَلَا يَنْهَا

Microgranules gastrorésistants en gélules



Fabriqué par  
**COOPER**  
PHARMA

COMPOSITION :  
Oméprazole.....20mg  
Excipients.....qsp 1 gélule  
Excipients à effet notable : Saccharose  
AMM n° 480/14DMP/21/NCI

41 Rue Mad Diouri, 2110 Casablanca  
Amina DAOUDI : Pharmacien responsable



756.740.01.18



Lot n°: 008P081B  
Pér.: 05-2023

P.P.V: 45 DH 30

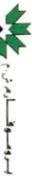
Lire attentivement la notice avant l'utilisation. Tenir hors de la portée et de la vue des enfants. Ne pas utiliser ce médicament après la date de péremption indiquée sur la bouteille. Répéitez sous prescription : ne pas exposer à une chaleur supérieure à 30°C, ni au soleil. Ne pas congeeler. Ne pas percer ou couper au feu même vide. Votre aérosool doit être nettoyé au moins une fois par semaine.

بِتُوفَن

رشاش مقاييس الجرعات  
هـ. فـ. أـ.

جرعة / ميكروغرام 100

حرعة 200



卷之三

Fabricant : Laboratoire Aldo-Union, S.L.  
baronesa de Maldà 73 P.O. Box 8  
08950 ESPLUGUES DE LL., Barcelone  
Espagne

**Butovent®**

Salbutamol sulfate  
*Aérosol doseur*  
H.F.A.

ଶ୍ରୀ କୃତ୍ତିବ୍ୟାପି ଗୋଟିଏ ପାଇଁ  
ହେଉ କଥା କଥା କଥା କଥା

10

Butovent<sup>®</sup>  
 Inhalation  
 Aerosol doseur  
 H/F.A.  
 PROMOPHARM S.A.  
 6 118001260058

**Composition :** Sabutiamol (DCI) ..... 100,00 microgrammes, sous forme de sulfate de sabutiamol. Pour une dose, prendre 1 gélule. Ce médicament contient de l'éthanol amyle (alcool) et un gaz propulsif : Norfurane (HFA-334a).

احترم المقادير المعينة  
RESPECTEN DE DOREN PRESCRITAS

**Important :**  
Séparer les différents constituants de l'aérosol et rincer soigneusement l'applicateur à l'eau tiède.

CS0028.0114

50326/03/15

**Butovent®**

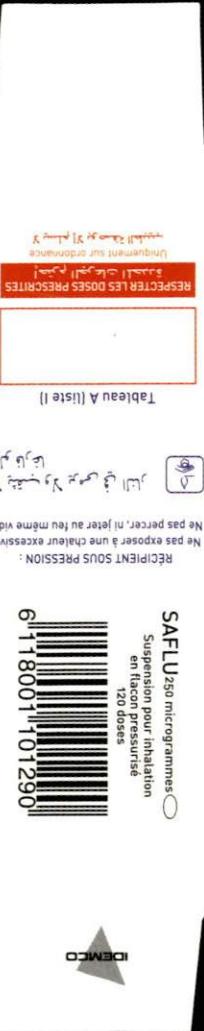
### Salbutamol

Aérosol  
doseur H.F.A

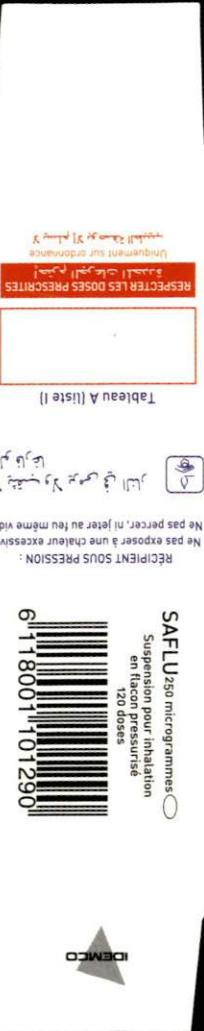
100 Microgrammes / dose

200 doses

5



5

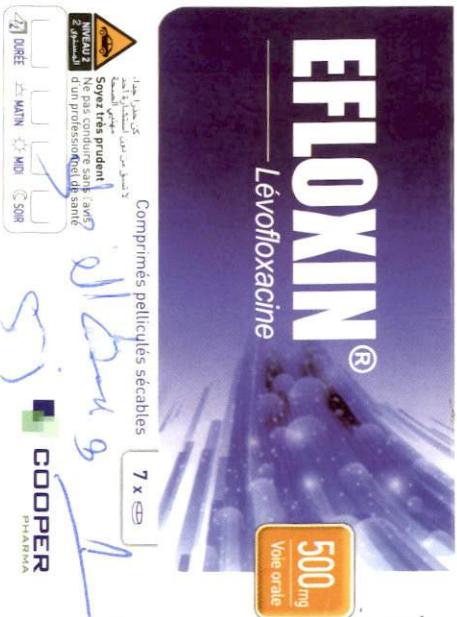
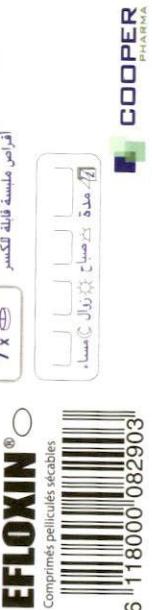




Lot :

LOT : 200507  
UT AV : 03/2025  
PPV : 95,00DH

**Exp:**



### Tableau A (Liste 1)

1

٥٠٠ ملئ

11

1

4

١٦٧

سالمن

لینکولن

三

EL

1

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

لَا يَسْلِمُ إِلَّا بِرُحْمَةِ طَبِيعَةِ

IMPRIMEPEL

**ELEXIN**®

- Lévo*floxacine*

500 mg  
voie orale

7 x 6

#### Comprimés pelliculés sécables

2