

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 042219

☒ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

103110

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2504 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :

Nom & Prénom : FÉRIAT ABDELCHADI

Date de naissance : 01.01.1954

Adresse : 607 HABROUKA 99 Marrakech

Tél : 0661149294 Total des frais engagés : 995,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : AMINA Age: 56

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : affection psychiatrique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Marrakech Le 04/02/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
04/02/22	CD	400/1000H		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HAY MABROUKA Abdelghani ENNAJID 6, Lot. Malakka Résidence Taif Jbel Guenz Marrakech Tel: 05 24 42 31 77 Fax: 05 24 44 84 87	4/02/2022	595,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

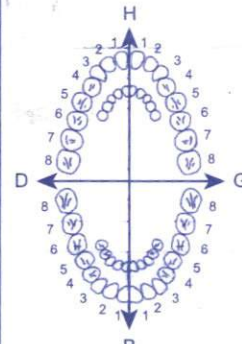
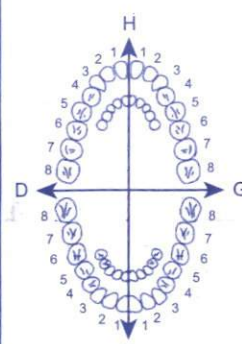
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة المطار
CLINIQUE L'AÉROPORT

مصحة متعددة الاختصاصات
CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE

• Urgences 24h / 7j • Centre de Cardiologie et Maladies Vasculaires
• Centre Ophtalmologie et Chirurgie Refractive • Centre Radiologie • Centre Médical et Chirurgical
• Centre Mère et Enfant • Centre Réanimation et Soins Intensifs • Centre Urologie et Lithotripsie
• Centre Traumatologie • Centre Chirurgie Plastique et Esthétique

المستعجلات 24h / 7j • مركز أمراض القلب والشرين • مركز طب وجراحة العيون • مركز الفحص بالأشعة
• مركز طبي وجراحي • مركز الأم والطفل • مركز الإنعاش والعناية المركزة • مركز أمراض المسالك البولية وتفتيت الحصى
• مركز أمراض وجراحة العظام • الجراحة البلاستيكية والتجميل

04 - 02 - 2022

Hue Amina URID

34,00 x 3

1/ velaxon 345mg



sup matin ja ill d'intervalle

28,20 x 3 sup soir

2/ sulpidal 50mg



01 - 00 - 01

28,10 x 2

3/ Tenesta 2,5mg



112 - 00 - 01

56,60 x 3

4/ stelmax 10mg



59,54 x 00

tit de + 12 f le son au coucher

Dr. Hiam H. B. M. T. L. Clinique L'Aéroport - Marrakech

394, AVENUE GMASSA (ROUTE DE L'AÉROPORT), MARRAKECH - MAROC

Standard : 05 24 36 86 00 - Facturation : 05 24 36 86 12 - Centre Radiologie : 05 24 36 86 02 - Ophtalmologie : 05 24 36 86 01

Centre Cardiologie : 05 24 36 86 15 - Maternité : 05 24 36 86 14 - Prise en charge : 05 24 36 86 08

Fax 1 : 05 29 80 08 89 - Fax 2 : 05 24 37 33 06 - contact@cliniqueaeroport.com - www.cliniqueaeroport.com

LOT: 21E003
PER: 04 2023

TEMESTA 2,5MG
CP SEC B30

P.P.V: 29DH50



LOT: 21E003
PER: 04 2023

TEMESTA 2,5MG
CP SEC B30

P.P.V: 29DH50



LOT: 21E004
PER: 06 2023

TEMESTA 2,5MG
CP SEC B30

P.P.V: 29DH50



LOT: 21E004
PER: 07 2025

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V: 56DH60



LOT: 20E009
PER: 11 2024

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V: 56DH60



LOT: 21E004
PER: 07 2025

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V: 56DH60



VELAXOR® LP

Venlafaxine

37,50 mg



30 gélules à
libération prolongée

Voie Orale

VELAXOR® LP 37,50 mg
30 gélules à libération prolongée



Composition :
Venlafaxine (DCI) 37,50 mg
Equivalent à Venlafaxine chlorhydrate 42,43 mg
Excipients : q.s.
Indications,, Contre-indications, Posologie & Précautions d'emploi :
lire la notice avant utilisation
Demander l'avis du médecin ou du pharmacien en cas de problèmes
liés à l'utilisation du médicament
TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS
Conserver à une température ne dépassant pas 25 °C

التركيبية :
فينلافاكسين 37,50 ملغ
يعادل فينلافاكسين كلوروهيدرات 42,43 ملغ
المساعلات : الكمية الكافية.
الجرعة، دواعي، موانع واحتياطات الإستعمال :
المرجو قراءة النشرة قبل الإستعمال.
المرجو استشارة الطبيب أو الصيدلي في حالة حدوث مشاكل مرتبطة بكيفية
إستعمال الدواء
يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.
يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 25°C.

فيلاكسور® LP

LOT:1106724

EXP:03/24

PPV:94DH00

فينلافاكسين

37,50 ملغ

30 برشامة مديدة التحرر

VELAXOR® LP

Venlafaxine

37,50 mg



30 gélules à
libération prolongée

Voie Orale

VELAXOR® LP 37,50 mg
30 gélules à libération prolongée



Composition :

Venlafaxine (DCI) 37,50 mg
Equivalent à Venlafaxine chlorhydrate 42,43 mg

Excipients : q.s.

Indications,, Contre-indications, Posologie & Précautions d'emploi :
lire la notice avant utilisation

Demander l'avis du médecin ou du pharmacien en cas de problèmes
liés à l'utilisation du médicament

TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS

Conserver à une température ne dépassant pas 25 °C

لكل برشامة

37,50 ملغ

42,43 ملغ

التركيبية :

فينلافاكسين

يعادل فيلافاكسين كلوروهيدرات

المساوغات : الكمية الكافية

الجرعة، دواعي، موانع واحتياطات الإستعمال :

المرجو قراءة النشرة قبل الإستعمال

المرجو استشارة الطبيب أو الصيدلي في حالة حدوث مشاكل مرتبطة بكيفية

استعمال الدواء

يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال

يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 25°C

قيلاكسور® LP

LOT:1106724

EXP:03/24

PPV:94DH00

فينلافاكسين

37,50 ملغ

30 برشامة مديدة التحرر

SULPIDAL[®]

Sulpiride

50 mg

Voie orale

20 gélules

SULPIDAL[®] 50 mg
20 gélules



6 118000 180609



20, 20

PPV

LOT

PER

SULPIDAL[®]

Sulpiride 50 mg

Voie orale

20 gélules

SULPIDAL[®] 50 mg
20 gélules



6 118000 180609



20, 20

PPV

LOT

PER

SULPIDAL[®]

Sulpiride 50 mg

Voie orale

20 gélules

SULPIDAL[®] 50 mg
20 gélules



6 118000 180609



20, 20

PPV

LOT

PER

PHARMACIE HAY MABROUKA
Abdelghani ENNABIL Dr. en pharmacie
6, Lot. Mabrouka Residence Taif 1
Jbel Guelliz Marrakech
Tel: 05 24 42 31 77 Fax: 05 24 41 84 87

Bon de Devis n°

Date : 4/2/2022

FACTURE N° 0009365

Doit : KRIS AMINA

[illegible]

Réglé par :

TOTAL H.T.

T.V.A.....%

TLC.

Arrêtée la Prèsente Facture à la Somme de :

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de : 499 T.T.C.

Cent quatre vingt quinze \$ et 40 cts

CLINIQUE L'AEROPORT

I.F:15199804 T.P :64623148 RC: 70477
Chirurgie.Médecine.Service Mère-Enfant.Réanimation
Centre d'Urologie.Lithotripsie extra corporelle

F A C T U R E

N° 289 / 2022 du 04/02/2022

Nom patient	KRID AMINA/C	Entrée 04/02/2022	Sortie 04/02/2022
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
FRAIS CLINIQUE	1,00		100,00	100,00
			Sous-Total	100,00
Total Frais Clinique				100,00
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. OUELD BAALLAL HICHAM (reanimateur)	1,00	CS	300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total prestations externes				300,00

	Total général	400,00
Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE CENTS DIRHAMS		400,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	400,00				400,00	0,00

Cl. ne l'Aéroport
Réception

CLINIQUE L'AEROPORT**NOTE D'HONORAIRES****Le :** 04/02/2022**Références** 289 / PAYANT**Entrée / Sortie :** 04/02/2022 - 04/02/2022**Le Dr. OUELD BAALLAL HICHAM**présente à **Mme KRID AMINA/C**sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
300,00 Dhs TROIS CENTS DIRHAMS

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingué

*Cachet et signature*