

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUUPRAS 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.

### Maladie

### Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *2504* Société :

Actif     Pensionné(e)     Autre :

Nom & Prénom : *FERIATI ABDELLAH*

Date de naissance : *01.01.1954*

Adresse : *lot Yabrouka 99 Mansa Lech*

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

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : *Khalid AMINA* Age : *56*

Lien de parenté :  Lui-même     Conjoint     Enfant

Nature de la maladie : *affection psychotique*

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 : *Yacoubia 5* Le : *04/02/2011*

Signature de l'adhérent(e) :



#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin atteste le paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 04/02/22        | CD                | 6                     | 100,00\$H                       | Hélène GAGNON<br>Anesthésiste - Réanimatrice<br>L'Aspergile  |
|                 |                   |                       |                                 | Clínica Aeroporto<br>Aviation                                |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date      | Montant de la Facture |
|---|-----------|-----------------------|
| PHARMACIE HAFID MABROUKA<br>Abdelghani ENNAKHACHE Pharmacie<br>6, Lot. Mabrouka Residence Ifai<br>Ibel Guelt Marrakech<br>tel: 05 24 42 31 77 Fax: 05 24 44 84 87 | 4/02/2022 | 595,40                |

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

#### **RELEVE 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 la

| 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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

|          |          |
|----------|----------|
|          | H        |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        |          |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

The diagram illustrates a dental arch (maxilla or mandible) with numbered teeth from 1 to 8 on both the upper and lower arches. Landmarks include the central incisors (1), lateral incisors (2), canines (3), first molars (4), second molars (5), third molars (6), and wisdom teeth (7). The diagram also features a coordinate system with axes D (left), G (right), H (top), and B (bottom).

#### **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة المطار  
CLINIQUE L'AEROPORT

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 طب و الشرايين • مركز العيون • مركز الفحص بالأشعة
- مركز طبي و جراحي • مركز الألم و الطفل • مركز الانعاش و العناية المركزة • مركز أمراض المسالك البولية و تغذية الحصى
- مركز أمراض و جراحة العظام • الجراحة الالاستيكية و التجييل

06 - 02 - 2022

**P.HARPHARMACIE HAU MABROUKA**  
Abdelghani FNAJALI, pharmacien en chef  
6, Lot. Mabrouka, Route Marrakech  
Tel: 05 24 42 31 77 Fax: 05 24 44 84 88

Huile

Amina

KRID

Q4,00x3

41 relaxor 345mg



des matin à l'heure d'intervalle.

28,20x3 des soins

21 sulpiride 50mg



01

- 00

- 01

28,10x2

31 Teneta 2,5mg



112

- 00

- 10

56,60x3

41 Steinex long

Clinique L'Aéroport - Maternité  
Aéroport - Maternité



59,14x5

41 de deux

le soin au vocher  
Réservation  
Clinique L'Aéroport - Maternité

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

|  |  |  |
|--|--|--|
| TEMESTA 2,5MG<br>CP SEC B30<br>P.P.V :29DH50<br>LOT :21E003<br>PER.:04 2023    | TEMESTA 2,5MG<br>CP SEC B30<br>P.P.V :29DH50<br>LOT :21E003<br>PER.:04 2023    | TEMESTA 2,5MG<br>CP SEC B30<br>P.P.V :29DH50<br>LOT :21E004<br>PER.:06 2023    |
| STILNOX 10MG<br>CP PEL SEC B20<br>P.P.V :56DH60<br>LOT :21E004<br>PER.:07 2025 | STILNOX 10MG<br>CP PEL SEC B20<br>P.P.V :56DH60<br>LOT :21E009<br>PER.:11 2024 | STILNOX 10MG<br>CP PEL SEC B20<br>P.P.V :56DH60<br>LOT :21E004<br>PER.:07 2025 |

# VELAXOR® LP

Venlafaxine

**37,50 mg**

**30 gélules à  
libération prolongée**

**Voie Orale**

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



6 118001 250660

**Composition :**

Venlafaxine (DCI) .....

Equivalent à Venlafaxine chlorhydrate .....

Excipients : q.s.

**Indications,, Contre-indications, Posologie & Précautions d'emploi :**

lire la notice avant utilisation

Demandez 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

Par gélule      لكل برشامة

37,50 mg      ملغ 37,50.....

يعادل فينلافاكسين كلوروهيدرات.....

السواغات : الكمية الكافية

الجرعة، نوعي، مواعي، واحتياطات الاستعمال

الرجو قراءة النشرة قبل الاستعمال

الرجو استشارة الطبيب أو الصيدلي في حالة حدوث مشكل مرتبطة ببكلية

استعمال الدواء

يحفظ بعيدا عن متناول و مراعي الأطفال

يحفظ في درجة حرارة لا تتعدي 25°C

التركيبة :

فينلافاكسين.....

يعادل فينلافاكسين كلوروهيدرات.....

السواغات : الكمية الكافية

الجرعة، نوعي، مواعي، واحتياطات الاستعمال

الرجو قراءة النشرة قبل الاستعمال

الرجو استشارة الطبيب أو الصيدلي في حالة حدوث مشكل مرتبطة ببكلية

استعمال الدواء

يحفظ بعيدا عن متناول و مراعي الأطفال

يحفظ في درجة حرارة لا تتعدي 25°C

# لپ ٩ لیکسوز

فينلافاكسين

ملغ 37,50

LOT:1106724

EXP:03/24

PPV:94DH00



30 برشامة مديدة التحرر

عن طريق الفم



افريـكـ فـارـماـ  
AFRIC-PHAR

# VELAXOR® LP

Venlafaxine

**37,50 mg**

**30 gélules à  
libération prolongée**

**Voie Orale**

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



6 118001 250660

**Composition :**

Venlafaxine (DCI) .....

Equivalent à Venlafaxine chlorhydrate .....

Excipients : q.s.

**Indications,, Contre-indications, Posologie & Précautions d'emploi :**

lire la notice avant utilisation

Demandez 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

Par gélule      لكل برشامة

37,50 mg      ملغ 37,50.....

يعادل فينلافاكسين كلوروهيدرات.....

المسواغات : الكمية الكافية

الجرعة، نوعي، مواعي، واحتياطات الاستعمال :

الرجو قراءة النشرة قبل الاستعمال

الرجو استشارة الطبيب أو الصيدلي في حالة حدوث مشكل مرتبطة ببكلية

استعمال الدواء

يحفظ بعيدا عن متناول و مراعي الأطفال

يحفظ في درجة حرارة لا تتعدي 25°C

التركيبة :

فينلافاكسين.....

يعادل فينلافاكسين كلوروهيدرات.....

المسواغات : الكمية الكافية

الجرعة، نوعي، مواعي، واحتياطات الاستعمال :

الرجو قراءة النشرة قبل الاستعمال

الرجو استشارة الطبيب أو الصيدلي في حالة حدوث مشكل مرتبطة ببكلية

استعمال الدواء

يحفظ بعيدا عن متناول و مراعي الأطفال

يحفظ في درجة حرارة لا تتعدي 25°C

# لپ ٩ لیکسوز

فينلافاكسين

ملغ 37,50

LOT:1106724

EXP:03/24

PPV:94DH00



30 برشامة مديدة التحرر

عن طريق الفم



افريـكـ. فـارـسـ

AFRIC-PHAR

# VELAXOR® LP

Venlafaxine

**37,50 mg**

**30 gélules à  
libération prolongée**

**Voie Orale**

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



6 118001 250660

**Composition :**

Venlafaxine (DCI) .....

Equivalent à Venlafaxine chlorhydrate .....

Excipients : q.s.

**Indications,, Contre-indications, Posologie & Précautions d'emploi :**

lire la notice avant utilisation

Demandez 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

Par gélule      لكل برشامة

37,50 mg      ملغ 37,50.....

يعادل فينلافاكسين كلوروهيدرات.....

المسواغات : الكمية الكافية

الجرعة، نوعي، مواعي، واحتياطات الاستعمال :

الرجو قراءة النشرة قبل الاستعمال

الرجو استشارة الطبيب أو الصيدلي في حالة حدوث مشكل مرتبطة ببكلية

استعمال الدواء

يحفظ بعيدا عن متناول و مراعي الأطفال

يحفظ في درجة حرارة لا تتعدي 25°C

التركيبة :

فينلافاكسين.....

يعادل فينلافاكسين كلوروهيدرات.....

المسواغات : الكمية الكافية

الجرعة، نوعي، مواعي، واحتياطات الاستعمال :

الرجو قراءة النشرة قبل الاستعمال

الرجو استشارة الطبيب أو الصيدلي في حالة حدوث مشكل مرتبطة ببكلية

استعمال الدواء

يحفظ بعيدا عن متناول و مراعي الأطفال

يحفظ في درجة حرارة لا تتعدي 25°C

# لپ ٩ لیکسوز

فينلافاكسين

ملغ 37,50

LOT:1106724

EXP:03/24

PPV:94DH00



30 برشامة مديدة التحرر

عن طريق الفم



افريـكـ. فـارـسـ

AFRIC-PHAR

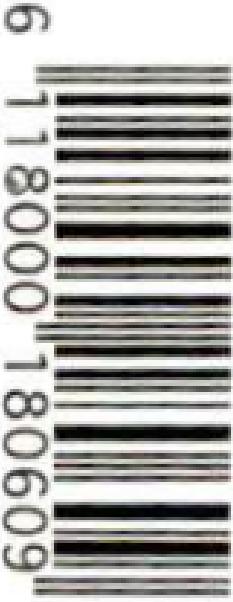
# SULPIDAL®

50 mg

Sulpiride

SULPIDAL® 50 mg

20 gélules



6 118000180609

Voie orale

20  
gélules

PPV

28, 20

LOT

PER

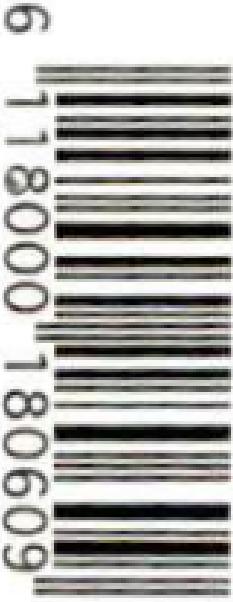
# SULPIDAL®

50 mg

Sulpiride

SULPIDAL® 50 mg

20 gélules



6 118000180609

Voie orale

20  
gélules

PPV

28, 20

LOT

PER

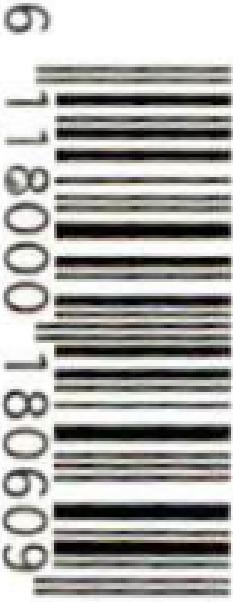
# SULPIDAL®

50 mg

Sulpiride

SULPIDAL® 50 mg

20 gélules



6 118000180609

Voie orale

20  
gélules

PPV

28, 20

LOT

PER

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

Bon de Commande n°

Bon de Livraison n°

Bon de Devis n°

Date :

4/2/2022

FACTURE N° 009365

Doit : KRIS AMINA

|  | DÉSIGNATIONS | QTÉ | P.U.  | MONTANT |
|--|--------------|-----|-------|---------|
|  | VELAXOR      | 3   | 94,00 | 282,00  |
|  | SULPIDOL     | 3   | 28,00 | 84,00   |
|  | TERESTA      | 3   | 29,50 | 88,50   |
|  | STILNSX      | 3   | 56,60 | 169,80  |

Réglé par :

|             |        |
|-------------|--------|
| TOTAL H.T.  | 595,40 |
| T.V.A.....% |        |
| T.T.C.      |        |

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de :

Cent Quatre Vingt Quatre DH et 40 CTMS

# 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     | <b>KRID AMINA/C</b> | Entrée<br>04/02/2022 | Sortie<br>04/02/2022 |
| Prise en charge | <b>PAYANT</b>       |                      |                      |

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

|   |                      |               |
|---|----------------------|---------------|
| Arrêtée la présente facture à la somme de :<br>QUATRE CENTS DIRHAMS | <b>Total général</b> | <b>400,00</b> |
|   |                      | 400,00        |

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


 Clinique l'Aéroport  
 Reception

Le : 04/02/2022

Références

289 / PAYANT

Entrée / Sortie : 04/02/2022 - 04/02/2022

Le Dr. OUED 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