

# 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 canalaires, 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 canalaires.

## 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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M22- 0008119

122768

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13394

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Ayoub Chetoui

Date de naissance : 17/05/1996

Adresse :

Tél. : 0634247638

Total des frais engagés : .....Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : NEJMA ROKK

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Cancer - 19

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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 : .....

Le : .....

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
06/07/2011	CS		300 MA	
	gest		148 MA	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/07/11	336 10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

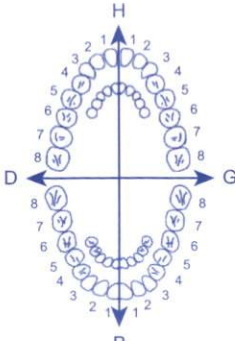
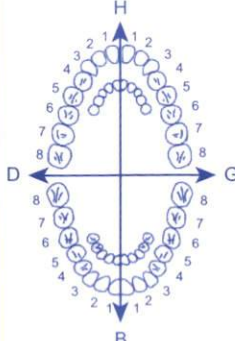
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H  25533412  00000000  D  00000000  35533411 </div> <div> H  21433552  00000000  G  00000000  11433553  B </div> </div>			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le :



2200528315 / H0122018848

Prénom : NEJMA

Nom : ROKK

DDN : 14/09/1996 E: 06/07/2022

Service : URGENCES (NA)

PAYANT

Sexe: F



6920x2  
= 159,40

1/ Az 300 mg

26,90

1 g 1/2 P 06h

2/ Vit C

40,90

1 g 1/2 P 16h

3/ Zinzin

53,00

1 g 1/2 P 10h

4/ DPP 20 mg

56,30

1 g 1/2 P 10h

5/ Paine 20.000

336,10

seuins  
03 seuins

مركز البحوث الزراعية



20 في 20

مركز البحوث الزراعية

مركز البحوث الزراعية

0001

**Vita C 1000®**

PPV 26DH90

EXP 04/2025

LOT 23040 8



JCP210MA004118  
26/11/2020

1 2

1 .. / ..

2 .. / ..

3 .. / ..

4 .. / ..



4 ampoules buvables

**D-CURE®** AMPOULE

Cholécalciférol 25 000 UI  
Vitamine D3



Importé par : **Ergo** Maroc

Les laboratoires ERGO MAROC

108, Rue Pierre Parent, Casablanca, Maroc

AMM N° 279/20 Imp/NBO



**SMB**

PPV: 56,30 DH  
LOT: 21K23D  
EXP: 11/2023

IDEMCO

Indications - Contre-indications  
mode et voie d'administration :  
lire notice intérieure.

الإرشادات - حالات عدم الإستعمال - المقابيل  
وكيفية الإستعمال : إقرأ البيان داخله.

مختبرات جالينيكا - الدار البيضاء - المغرب  
Laboratoires GALENICA - Casablanca - Maroc

Conserver à une température inférieure  
à 30°C et à l'abri de l'humidité

Ne pas laisser à la portée des enfants

يُحفظ في أقل من 30 درجة حرارية

و بعيدا عن الرطوبة

لا يترك في متناول الأطفال

IPP®  
Oméprazole 20 mg  
Boîte de 14 gélules  
P.P.V. : 53,00 DH



أوميبرازول 20 ملغ

م

إ ب ب  
كأبح ضخ البروتون



14 كبسولة

عن طريق الفم

وحدات حبيبية مقاومة  
للأحماض المعدية

جالينيكا

علبة من 14 كبسولة وحبات حبيبية مقاومة للأحماض المعدية

أوميبرازول 20 ملغ

كأبح ضخ البروتون

إ ب ب



**AZIX<sup>®</sup>**  
Azithromycine

**500 mg**



**3** Comprimés  
séables

**b** bottu s.a.  
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

**AZIX<sup>®</sup>**  
Azithromycine

**500 mg**

Voie orale

PPV 79DH70  
PER 01/25  
LOT L204





**AZIX<sup>®</sup>**  
Azithromycine

**500 mg**



**3** Comprimés  
séables

**b** bottu s.a.  
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

**AZIX<sup>®</sup>**  
Azithromycine

**500 mg**

Voie orale

PPV 79DH70  
PER 01/25  
LOT L204





20 قرص فاعل



45 ملج

(سولفات الزنك)

زيناسكين®

**ZINASKIN® 45 mg**

PPV 40DH90

EXP 12/2024  
LOT 18066 78

20 comprimés effervescents

Casablanca le : 06/04 /2022

## ATTESTATION DE DEPISTAGE SARS Cov2

Pour valoir ce que de droit,

Date et heure de prélèvement : 2022 à 10 H 00

IPP :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

CIN :

Test de dépistage rapide antigénique SARS Cov2 :

*Positive*

Ce test est un dépistage. Le test de diagnostic de référence est la RT-PCR

  
2200528315 / H0122018848  
Prénom : NEJMA  
Nom : ROKK  
DDN : 14/09/1996 E: 06/07/2022  
Service : URGENCES (NA)

  
PAYANT  
Sexe: F

Signature et cachet



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 85 031 / 2022 du 06/07/22

Nom patient : **ROKK NEJMA**

Entrée 06/07/22

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 06/07/22

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION EXCLUSIVE D'URGENTISTE	1,00		300,00	300,00
TEST ANTIGENIQUE RAPIDE COVID	1,00 B		190,00	190,00
			Sous-Total	490,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>490,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
QUATRE CENT QUATRE-VINGT-DIX DIRHAMS	<b>Total 490,00</b>

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			490,00		490,00	0,00

*[Signature]*

*[Stamp: HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID, Tel: 05 29 03 53 45, Fax: 05 22 89 28 54, Email: contact@hck.ma]*