

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.

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.

Déclaration de Maladie

ATT ALLO
SN RAM
pour SMAL

N° W21-723269

ND
AB3417

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

Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 118000 Société : *de G. S. O. S.*

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : *ROUTABER FATIMA ZAHRA*

Date de naissance : 06-01-1980

Adresse : 126 E ZOUBIR OULFA CASA

Tél. 06 66 42 86 34 Total des frais engagés : 16535,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : *Hôpital Universitaire International Sheikh Maktoum Dr NEJJAR MOUAD Pédiatre néonatalogiste*

Date de consultation : 17/01/2023

Nom et prénom du malade : *RIHANI ISNAÏL* Age: 3 ANS

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *gastro-entérite, hémorragie*

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 : *Y* Le : *17/01/2023*

Signature de l'adhérent(e) : *Y*

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE HANCA ASBL Télé: 03 34 09 10 28</i>	17/01/2023	253,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

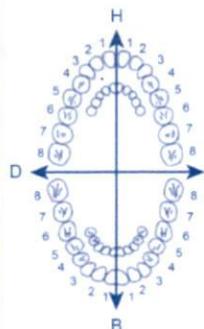
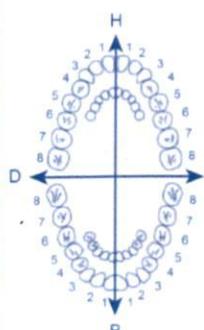
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B		35533411	11433553	G				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H	25533412	21433552														
		D	00000000	00000000														
		B		35533411	11433553													
		G																
(Création, remont, adjonction)		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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 :

Le 17/01/23.

Rihani

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr. H.E. J.A.R. MOUAD
Pediatre Réoronologue

191172621



Maphar
Bd Alkimia N° 6, Q1,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Daktarin gel buccal t40g
P.P.V : 53,00 DH



① alle viral sp

200,00
1 app + 31 J nojs

② - Zovirax pomade
1 app + 31 J nojs

③ Daktarin sp
1 app + 31 J nojs

④ - Serum Bile Hamza
STE PHARMACEUTIQUE
CASABLANCA
Loc. Hajjateh Rue 6 N° 3 Loc 6A
Tél: 0522 93 10 28

253,00

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Nciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc
Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

سيكلوفيرال

سيكلوفيرال

80 مل/مل

معلق للشرب

قنية من فئة 100 مل

حرك قبل الاستعمال

CICLOVIRAL®
Aciclovir

Composition par ml

Aciclovir micronisé (DCI) 80 mg

Excipients : q.s

Excipient à effet notoire : glycérine, saccharine sodique, méthylparabène et propylparabène

Indications, Contre-indications, Posologies & 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

Maintenir le flacon bien fermé après chaque utilisation

Bien agiter le flacon avant emploi

Médicament autorisé N°
129/14 DMP/21/NRQ

Respecter les doses prescrites
أحذف المجرمات المحددة

Tableau A جدول A

التركيزية لكل مل
اسيكلوفير ميكرو بليزري (DCI) 80 مل

السوائلات : الكمية الكافية
سوائل ذات تأثير معروف : الجليسرين، سكرين الصوديوم، مثيل بارابين،

بروبيل بارابين، موائع واحتياطات الاستعمال :

المرجو فراغة النشرة قبل الاستعمال

المرجو استشارة الطبيب أو الصيدلي في حالة حدوث مشكلة بيكيرية

استعمال الدواء

يحفظ بعيداً عن متناول و مرأى الأطفال

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25°C

يجب إغلاق القنية بإحكام بعد كل استعمال

80 mg/ml

CICLOVIRAL® 80 mg/ml ☒
Flacon de 100 ml susp. buvable



6 118000 071501



Fabriqué par les Laboratoires AFRIC-PHAR

Zone Industrielle Ouest Ain Harrouda

Route Régionale n° 322 (ex R.S 111)

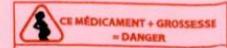
Km 12.400 Ain Harrouda 28 630 Mohammedia - Maroc

صنع من طرف مختبرات أفري-فار

المنطقة الصناعية عن حروة غرب

الطريق الجبوري رقم 322، (الطريق الثاني 111 سلفا)

كلم 12.400 عن حروة 28630 المحمدية - المغرب



Ne pas utiliser chez les filles,
adolescentes, femmes en âge de procréer
ou enceintes, sauf en cas d'échec des
autres traitements ou en l'absence
d'alternative thérapeutique.

Flacon de 100 ml

Agiter avant emploi

200,00

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

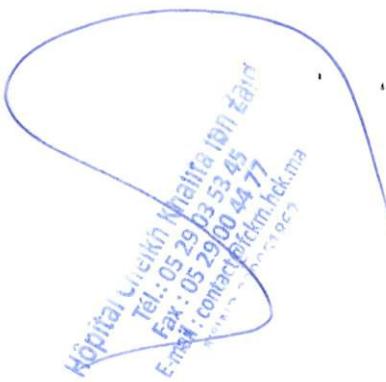
F A C T U R E

N° : 8199 / 2023 du 17/01/2023

Nom patient	RIHANI ISMAIL	Entrée	17/01/2023
	PAYANTS	Sortie	17/01/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION DE NEONATALOGIE	1,00		300,00	300,00
Total Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS CENTS DIRHAMS	Total	300,00





Date : 17/01/2023

Quittance - Paiement espèces 0740793

IPP :

N° D'admission : 23 00624950 Montant : 300 Dhs

Patient : Rihaini Ismaïl

Payé par : Bentalab Fatma e234.hva

Cachet