

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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



Déclaration de Maladie

N° W21-778981

168334

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

11290

Société :

ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BOUTAIB

FATIMA ZAHRA

Date de naissance :

04-01-1880

Adresse :

126 EBDOURIL OUARFA. OAS

Tél. :

06 66 42 86 34

Total des frais engagés : 459,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

04-07-2023

Date de consultation :

Rihani ISMAÏL

Age : 45

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affectation DR

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 : 14 JUIL. 2023

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
E PHARMACEUTIQUE CASSA ANCA Lot. Maj fath Rue 61/F 3 Lot 14 Casablanca - Tel: 0522 93 10 14	04/07/23	159,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>														
		INP : <input type="checkbox"/>																
		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;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
		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 :

4. 7. 23

ef Rishmi inal

2. Axix of Sym

80,00 25 v b - d

32,60 luxol

$$\begin{array}{r} 4 \\ 16,60 \\ \hline 159,20 \end{array}$$

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

**Préparation de
la suspension
buvable :**



1/ Avant d'ouvrir le flacon, agiter vigoureusement la poudre du fond.



2/ Pour ouvrir le flacon, tourner le bouchon vers la droite.



3/ Remplir le godet verseur joint avec de l'eau jusqu'au trait indiqué.



4/ Verser le contenu du godet verseur dans le flacon contenant la poudre.



5/ Bien enfonder le bouchon adaptateur dans le flacon.

6/ Refermer le flacon avec le bouchon.

7/ Agiter vigoureusement le flacon plusieurs fois.

Azix® 1500 mg

Azithromycine 40mg/ml

Poudre pour suspension buvable



6 118000 041245

AZIX®
40 mg / ml Azithromycine

1500 mg

Poudre pour suspension buvable

ENFANTS



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

PPV: 80DH00
PER: 05/26
LOT: M1605

بِيَطَاسْتِين®

بيطامطازون

0,05%

بيطامطازون



قطرات

عن طريق الفم

قارورة من فنة 30 ملل

بقطارة



قارورة من فنة 30 ملل

محلول للشرب
 عن طريق الفم

LABORATOIRES
PHARMEX 25
ص.ت. 50000

LOT: 1047
PER: 01 - 25
P.P.V: 30 DH 00

التركيب :

بيطامطازون 0,05 غ

سواغ كمية كافية ل..... 100 ملل

سواغ ذات تأثير معلوم : سوربيول، سكروز،

بروبيلين غليكوز

إقرأ النشرة بتأني قبل الإستعمال

يحتفظ بهذا الدواء في درجة حرارة لا تتعدي

25 درجة مئوية

يحتفظ بالقارورة في تغليفها الخارجي بعيداً عن

الضوء

بعد فتح القارورة، يمكن الاحتفاظ بها لهذا الدواء

لمدة 8 أسابيع كحد أقصى

لا يترك هذا الدواء في متناول الأطفال

هذا الشكل مخصص للرضع والأطفال

Liste I

Uniquement sur ordonnance

Respecter les doses prescrites

احترم المقادير المعينة

AMM : 213 DMP/21/NNP

Bétastène 0,05%, solution
buvable, flacon de 30ml



6 118000 091806

PHARMAG

90 ml

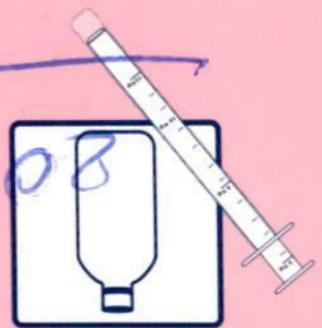
Solution buvable
en flacon
Voie orale

Yasmine Industrie Ouled Saléh - Boussoura - Maroc
Zone Industrielle Ouled Saléh - Boussoura - Maroc
Laboratoires Pharma 5

6 118000 093046



Dolostop® ml
Flacon de 90 ml



Enfant et Nutrition

Douleurs et Fièvre

90 ml

2,4 g/100 ml

Dolostop®
Pédia| trique |

LOT:1331
PER : 01 - 26
P.P.V: 16 DH 60

Dolostop®
Paracétamol
Pédiatrique

2,4 g/100 ml

Solution buvable
en flacon

90 ml

Voie orale

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° **92 472 / 2023** du **04/07/2023**

Nom patient : **RIHANI ISMAIL**

Entrée **04/07/2023**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **04/07/2023**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CONSULTATION ORL	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
Total Frais Clinique				300,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> TROIS CENTS DIRHAMS	Total	300,00

Encaissements	Chèque			Total encaissé	Solde
		300,00		300,00	0,00

Ref Chq : 6154552/

Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel: 05 29 03 53 45 Fax: 05 29 00 44 77
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
E-mail : contac@hksm.ma
Fax : 05 29 00 61 862