

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.
- 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

M23- N° 0040309

FNC
Date Embauche 14-12-2023
Copie Acte Mariage
Optique Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13527

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ENNAHAR HATIZA

Date de naissance : 13/10/1990

Adresse : oujza, Casablanca

Tél. : 06 61 11 06 57 Total des frais engagés : 760,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/01/2024

Nom et prénom du malade : Ennahar Saad Age: 6as

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie : Pneumopathie

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

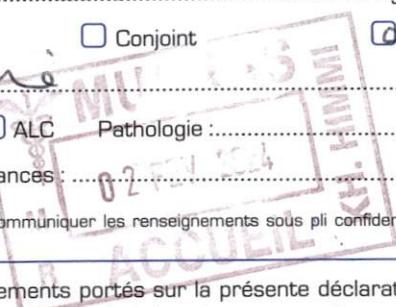
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Casablanca Le : 16/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Laboratoire	Date	Montant de la Facture
PHARMACEUTIQUE J.P.A Rue Eloufa GH 40 (ex GH 11) 151 Tél: 0522 87 42 70 Immeuble Mutuelles et Distributeurs	16/01/24	41 60,10

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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
		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										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX									
				MONTANTS DES SOINS									
				DEBUT D'EXECUTION									
				FIN D'EXECUTION									
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <p>H</p> <table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>B</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
25533412	21433552												
00000000	00000000												
D													
00000000	00000000												
35533411	11433553												
				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

MUCOCIL®

P.P.V. : 12.90 DH

Casablanca, le :

وصفة طبية (Ordonnance)

ENWATIS

Ordonnance

PPV:80DH00
PER:11/26
LOT:M4134

1) ~~Amox Syrup 80ml~~ **Amox Syrup** **80ml** **2ithdrawn** **Sign** **✓**

2) ~~1 dose - pris (25g)~~ **1 dose - pris (25g)** **pendent sign**

3) **Augmenter sign**

4) **not 1 dose - pris (25g) x3**

5) **Effipred 20mg**

6) **Mucosil 15g** **pendent sign**

7) **2 (2x2x3)** **pendent sign**

EFFIPRED® 20 mg
PPU 40IDH00
EXP 07/2026
LOT 35002 3

PHARMACIE JNANE
El Oulja GH 40 (EX GR)
Tél: 0522 59 22 70
Imballe Marocain et Distribué

Hôpital Universitaire International
Assistant: Dr. Cheikh Khalifa
Pediatre: Dr. Chafik Nacif
Date: 20/01/2021

EFFIPRED® 20 mg
PPV 40IDH00
EXP 07/2026
LOT 35002 3

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca - Maroc
Standard 24H/24 : +212 529 004 477 • **Prise de RDV :** +212 529 004 466 • **SAMU :** 2477/+212 608 873 367
Urgences : +212 608 982 871 • **Fax :** +212 529 038 868 • **www.bck.ma**

5/1st ²⁰ By Laurent Spreng 

285^o

6) Chambre d' inhalation

PHARMACIE JEANNE OULFA
Byard El Oulfa G.H. 40 (Ex 280) N° 151
Tél: 6522 89 42 70
Véritable Maroquinier en Dernier Recours

Lot n° : 008T152B
Pér. : 09-2026
Médicament autorisé
N°: 132/19/DMP/21/NRQDNM
P.P.V : 42 DH 20

d's

~~U GO NO~~

AUGMENTIN
500mg/62.50mg
12 sachets



6 118000 041245

IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT :

Dénomination commerciale: AZIX®

Principe actif : azithromycine dihydrate.

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE :

Azithromycine dihydrate correspondant à 40 mg par ml de suspension reconstituée.

Excipients : saccharose, phosphate trisodique anhydre, hydroxypropylcellulose, gomme xanthane, arôme cerise, arôme vanille et arôme banane.

FORME PHARMACEUTIQUE :

- AZIX® 40 mg/ml Nourrisson: poudre pour suspension buvable, flacon de 900 mg/22,5ml.
- AZIX® 40 mg/ml Enfant: poudre pour suspension buvable, flacon de 1500mg/37,5ml.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE ou type d'activité :

Antibiotique Antibactérien : macrolide.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Ce médicament est préconisé dans le traitement des infections ou surinfections bactérienne à germes sensibles.

CONTRE-INDICATIONS :

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- hypersensibilité connue à l'azithromycine ou à tout autre macrolide.
- association avec la dihydroergotamine et l'ergotamine.
- association avec le cisapride.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Signaler immédiatement à votre médecin toute réaction allergique en cours de traitement. Avant de prendre ce médicament, prévenez votre médecin si à l'occasion d'un traitement antibiotique antérieur, vous avez présenté une réaction allergique.

Prévenez votre médecin en cas de :

- maladie rénale
- maladie du foie sévère

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS :

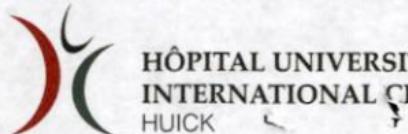
AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, en particulier en cas de traitement par la dihydroergotamine, le cisapride et l'ergotamine, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT :

D'UNE FAÇON GENERALE, IL CONVIENT TOUJOURS DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN EN CAS DE GROSSESSE OU D'ALLAITEMENT.

LISTE DES EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE :

Saccharose, sodium, glucose (contenu dans l'arôme vanille).



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

Date : 16/01/2024

Quittance - Paiement espèces

0847801

IPP :

N° D'admission 2400813752 Montant : 300 DH

Patient : S.N. Nahil Saad.

Payé par : RIMADUI MARY EM

Cachet



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

Date : 16/01/2024
Numéro : 8 066


090061862

Nom patient : ENNAHIR SAAD

Médecin : PR. ECH CHARII NADIA
Pédiatrie

2400813252

PAYANTS

	Montant
CONSULTATION DE PEDIATRIE	300,00

40 cm
126 kg
110 cm

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