

# 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.
- 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.

**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

M23- N° 0040309

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13527 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ENNAHER HATIZA

Date de naissance : 13/10/1990

Adresse : Oulfa, Guelbence

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 : Ennaher Hatiza Age : 33

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Pathologie

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 : Guelbence Le : 16 / 01 / 2024

Signature de l'adhérent(e) :

PR4FR05/V2/20-10-2023

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
16/01/24	S		300,00	

[illegible]

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

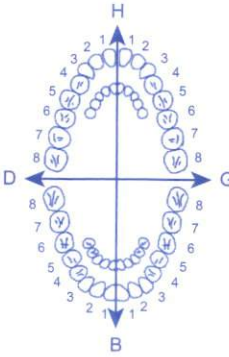
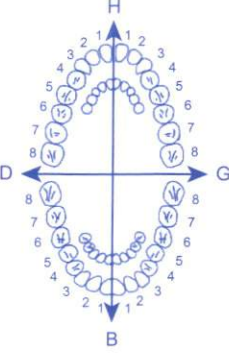
[illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

Veillez 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	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div>Coefficient DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div>Coefficient DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>
				
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412   21433552            00000000   00000000  <b>D</b> ——— <b>G</b>            00000000   00000000            35533411   11433553  <b>B</b> </div> </div>				
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION


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

[illegible]

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D		C
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

	<p style="text-align: center;"><b>H</b></p> <table> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td><b>D</b></td> <td><b>G</b></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><b>B</b></p>	25533412	21433552	00000000	00000000	<b>D</b>	<b>G</b>	00000000	00000000	35533411	11433553	<p><b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b></p> <input type="text"/>
	25533412	21433552										
00000000	00000000											
<b>D</b>	<b>G</b>											
00000000	00000000											
35533411	11433553											
<p style="text-align: center;"><b>(Création, remont, adjonction)</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	<p><b>MONTANTS DES SOINS</b></p> <input type="text"/>											
	<p><b>DATE DU DEVIS</b></p> <input type="text"/>											
	<p><b>DATE DE L'EXECUTION</b></p> <input type="text"/>											
	<input type="text"/>											
	<input type="text"/>											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**MUCOCIL®** ☒

Carbocisteine 2%

Sirop enfant - Flacon de 125 ml

P.P.V. : 12.90 DH



6 118000 190592

Casablanca, le :

وصفة طبية  
**Ordonnance**

ENNAJAT

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

80100

1) Arix Sirop (S.V.) 2. ltr / jour

1 dose - par jour (25K)

pendant 5 jours

2) Augmentin 850/125

1 dose - par jour (25K)

3) Effipred 20mg

4) Mucocil 12.90 (S.V.) 2 ltr / jour

PHARMACIE JNANE  
Rég. El Oulfa GH 40 EX GH  
Tél: 0522 89 22 70  
Inclus les honoraires et distributions

**EFFIPRED® 20 mg**

PPV 40DH00  
EXP 07/2026  
LOT 35002 3

5/11/2020 Ben Larent spray (S)

285,00

2 bouffée x 3 / pendant

Chambre d'inhalation

= 460,10

PHARMACIE EL OULFA  
Riyad El Oulfa GH 40 (EX GH) N° 151  
Tél : 0522 89 42 70  
(valable pour toutes les pharmacies)

(S)

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Professeur d'Assistant ECN-CHIRURGIE  
Pediatre  
03 12 37 670

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

AUGMENTIN  
500mg/62,50mg  
12 sachets  
6 118000 160243



**Azix® 1500 mg**

Azithromycine 40mg/ml

Poudre pour suspension buvable



6 118000 041245

**AZIX®**

mg/ml Azithromycine

pour suspension buvable

**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'EVENUELLES 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 : 2400813252 Montant : 300 DH

Patient : S. N. Nahil Saad

Payé par : RIMADUI MARYEM

Cachet



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## FACTURE

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

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

2/01/2024  
P. 26 Kg  
H: 110 cm