

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

phacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

die 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

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° P19-0044363

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9372 Société : 2 AM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : CHOULAL Abdellah

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-044363

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale courrant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF** = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
- SFI** = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM** = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
- AMI** = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP** = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY** = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z** = Electro - Radiologie
- B** = Analyses

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous enveloppe confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU

EVENTORIUM

JOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes comportant un ou plusieurs échelons dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

- L'ORTHOPÉDIE

- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS

- LES CURES THERMALES

- LA CIRCONCISION

- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit venir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord.

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA

TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883

FAX / 05 22 91 26 52

TELEX / 3998 MUT

E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS MU000515

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : CHOUAL ABDEZGHANI
Matricule : 09372 Fonction : TE-SP. GVA Poste : LBV
Adresse : 17 JAS CHASSIS EL ALIA
Tél. : 0662 04 65 28 Signature Adhérent : JY

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : CHOUAL Abd. wali Age 13 ans
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant
Date de la première visite du médecin : 19 SEP 2010 30/07/10
Nature de la maladie : DL A 30 d'anémie
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
.....
.....
.....
A Media, le 30/07/10 Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois JY

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	80/01/13	7990

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p><i>RADIOLOGIE MOHAMMEDIA Dr SLIMANI & Dr BELEFODH Av Abderrahmane Seme</i></p> <p><i>Tél 05 23 32 00 10</i></p>	31.07.19	<i>Echo Abdo pelvien</i>	500 Dhs

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des :

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement cancéreux ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX



الضمان الاجتماعي
CNSS
Le devoir de vous protéger

وصفة

ORDONNANCE



محمدية
MOHAMMED

le 30/07/13



CHOUAL Ned wali

PHARMACIE ET ORTHOPÉDIE
IRN NAFIS
Dr. KHATTOU Abdelkarim
33, Bd. Mounastir - Rabat - Maroc
Tél. : 05.23.32.47.61 - Fax : 05.23.32.47.62

Mohammedia

79.0

21 - parantal 100

14px31

PHARMACIE ET ORTHOPÉDIE
IBN NAFIS
Dr. KHATTOU Abdelkarim
33, Bd. Mounastir - Rabat - Maroc
Tél. : 05.23.32.47.61 - Fax : 05.23.32.47.62

25.000
15x31 x 08

22/7

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN®

500 mg/62,50 mg Enfant

Rapport amoxicilline/acide clavulanique : 8/1

Poudre pour suspension buvable en sachet

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

1. QU'EST-CE QUE AUGMENTIN 500 mg/62,5 mg ENFANT, poudre pour suspension buvable en sachet-dose ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?

Il s'agit d'un antibiotique de la famille des bêta-lactamines associant l'amoxicilline et l'acide clavulanique.

Ce médicament est indiqué chez l'enfant de plus de 30 mois dans le traitement des infections dues aux germes sensibles, notamment dans certaines situations où les espèces bactériennes responsables de l'infection peuvent être multiples et/ou résistantes aux antibiotiques actuellement disponibles.

Que contient AUGMENTIN 500 mg/62,5 mg ENFANT, poudre pour suspension buvable en sachet-dose ?

Les substances actives sont:

Amoxicilline 500,00 mg

Sous forme d'amoxicilline trihydratée

Acide clavulanique 62,50 mg

Sous forme de clavulanate de potassium

Pour un sachet-dose.

Liste des excipients à effet notable: aspartam (E951): source de phénylalanine, maltodextrine (glucose).

Qu'est-ce que AUGMENTIN 500 mg/62,5 mg ENFANT, poudre pour suspension buvable en sachet-dose et contenu de l'emballage extérieur ?

Ce médicament se présente sous forme de poudre pour suspension buvable en sachets-doses. AUGMENTIN 500 mg/62,5 mg ENFANT, poudre pour suspension buvable en sachet-dose, Boîte de 12 sachets.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE AUGMENTIN 500 mg/62,5 mg ENFANT, poudre pour suspension buvable en sachet-dose ?

Ne prenez jamais AUGMENTIN 500 mg/62,5 mg ENFANT, poudre pour suspension buvable en sachet-dose dans les cas suivants:

- allergie aux antibiotiques de la famille des bêta-lactamines (pénicillines, céphalosporines): tenir compte du risque d'allergie croisée avec les antibiotiques du groupe des céphalosporines,
- allergie connue à l'un des composants du médicament (voir Que contient AUGMENTIN 500 mg/62,5 mg ~~exclusivement sur ordonnance~~ ENFANT, poudre pour suspension buvable en sachet-dose ?),
- antécédent d'atteinte hépatique liée à l'association amoxicilline/acide clavulanique,
- phénylcétoneurie (maladie héréditaire dépistée à la naissance), en raison de la présence d'aspartam (E951).

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE en association avec le méthotrexate médicamenteux.

RESPECTER LES DOSES PRE

PPV : 79,90 DH
LOT : 587413
PER : 01/20





وصفة
ORDONNANCE



le 30/07/19

Choual Ned walid

FSVR

Echographie Abdominal

FC , DL du FID
→ VSST

~~RADIOLOGIE MOHAMMEDIA
Dr SLIMANI & Dr BELEFQIH
Av Abderrahmane Serghini ①
Tél 05 23 32 00 19 / Fax 05 23 31 58 49~~

CABINET DE RADIOLOGIE DE MOHAMMEDIA



- ✓ RADIOLOGIE GÉNÉRALE NUMÉRISÉE
- ✓ PANORAMIQUE DENTAIRE NUMÉRISÉE
- ✓ MAMMOGRAPHIE NUMÉRISÉE
- ✓ ECHOGRAPHIE DOPPLER COULEUR
- ✓ SCANNER SPIRALÉ (3D)
- ✓ OSTÉODENSITOMETRIE

Dr SLIMANI H.Noureddine (RADIOLOGUE)
Diplôme de la faculté de médecine (Amiens – France)
CES de radiologie & diplôme en échographie
Ex. Attaché au C.H.U (Amiens – France)

Dr BELEFQIH Mounir (RADIOLOGUE)
Diplôme de la faculté de médecine de (Nancy - France)
Ex. Attaché au C.H.U de (Nancy - France)

Mohammedia, le 31/07/2019

Facture N°18/07.1298

Nom patient : **CHOUAL MED WALID**

Examen(s) réalisé(s) :**ECHOGRAPHIE ABDO-PELVienne**

Montant : **Cinq cents (500 DH)**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
CINQ CENTS DH

REGLEMENT : ESPECES

*RADIOLOGIE MOHAMMEDIA
Dr. SLIMANI & Dr. BELEFQIH
Av. Abderrahmane Serghini
Tél : 0523 320019 /*



N° IPP : 98547	N° SEJOUR : 190017943	FACTURE N° 1905007202				DATE D'ENTREE : 30/07/2019		DATE DE SORTIE : 30/07/2019		
ASSURE : CHOUAL ABDELGHANI						DESTINATAIRE : CHOUAL ABDELGHANI				
MALADE : CHOUAL,Med Walid		UF: 5002 URGENCES								
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S. :								
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	N° SE. SOC. ETRANG. :								
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F)	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
ACTES DE BIOLOGIE ACTES DE BIOLOGIE MEDICALE	B	80.00	1.10	88.00					0.00	88.00
FOURNITURES MEDICALES				2.08					0.00	2.08

Intervenant : V116 DAHHOUKI LAILA	TOTAUX :	210.08						210.08
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENT DIX DHS ET HUIT CENTIMES	PLAFOND PC :						ACOMPTE:	0.00
	REMISE :	0.00	REGLE :	210.08			AVOIR :	
	RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 30/07/2019	EDITEE LE : 30/07/2019	PAR : ABDELG	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA	N° DE POLICE :						DATE AT :	
	Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - MOHAMMEDIA							
	BANQUE : BMCE-CENTRE D'AFFAIRES-MOHAMMEDIA							
	N° compte bancaire : 011.787.0000152100060443.40							



LABORATOIRE POLYCLINIQUE

MONASTIR - TUNISIA

ID: 1450

Mode: Whole

Time: 30-07-2019 06:46

Name: CHOUAL MED WAID

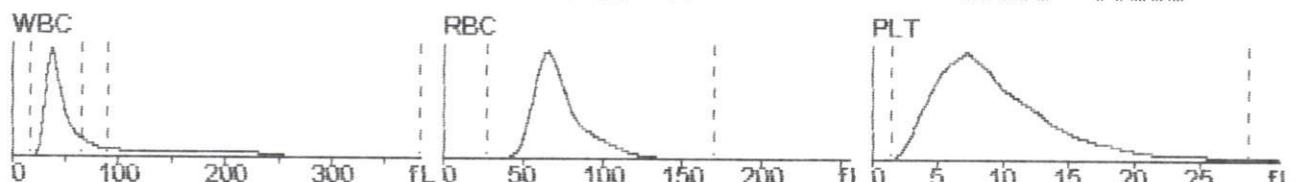
Gender: Male Age:

Chart No.:

Dept.:

Bed No.:

Parameter	Result	Ref. range	
WBC	5.2 $\times 10^3/\mu\text{L}$	4.0 - 10.0	
Lymph%	3.2 $\times 10^3/\mu\text{L}$	0.8 - 4.0	
Mid%	0.4 $\times 10^3/\mu\text{L}$	0.1 - 1.5	
Gran%	L	1.6 $\times 10^3/\mu\text{L}$	2.0 - 7.0
Lymph%	H	60.8 %	20.0 - 40.0
Mid%		8.4 %	3.0 - 15.0
Gran%	L	30.8 %	50.0 - 70.0
HGB	12.3 g/dL	11.0 - 16.0	
RBC	5.11 $\times 10^6/\mu\text{L}$	3.50 - 5.50	
HCT	39.9 %	32.0 - 54.0	
MCV	L	78.1 μm^3	80.0 - 100.0
MCH	L	24.0 pg	27.0 - 34.0
MCHC	L	30.8 g/dL	32.0 - 36.0
RDW-CV		14.7 %	11.0 - 16.0
RDW-SD		42.0 μm^3	35.0 - 56.0
PLT	277 $\times 10^3/\mu\text{L}$	100 - 300	
MPV		7.7 μm^3	6.5 - 12.0
PDW		15.8	9.0 - 17.0
PCT		0.213 %	0.108 - 0.282



Sender:

Tester:

Checker: