

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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.

## Maladie chronique :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

## 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0049213

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

MUPRAS Autres

RECEPTION 9

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2243

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : NACHIT Abderrahmane

Date de naissance : 27-02-1957

Adresse : Rue 2 n° 4 Hay EL Houda Berrechid

Tél. : 0661528854 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

D. TALAL NOUSSAÏR  
Spécialiste en Oto - Rhino - Laryngologie  
87 Bd Moulay Ismail - Berrechid  
05 22 53 49 49

Date de consultation : 29/1/2020

Nom et prénom du malade : NACHIT ANAS Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : AM

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 : BORDJ Le : 29/01/2020

Signature de l'adhérent(e) :



# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 29.1.2020       | S                 | 2                     | 20186                           |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
|  | 29/01/2020 | 124,00                |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      | 14200                        |                        |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

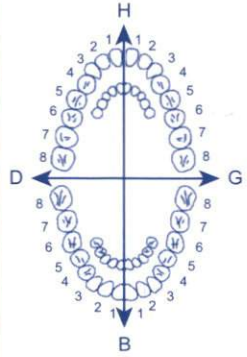
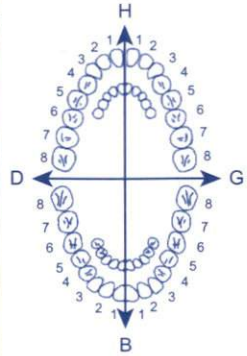
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# 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 canalaires, ainsi que le bilan d

| 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   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> |                     | H                  |                         | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|   | H  |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   | 25533412   | 21433552            |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   | 00000000   | 00000000            |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   | D  | G                   |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   | 00000000   | 00000000            |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   | 35533411   | 11433553            |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   | B  |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                     | 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'EX

Docteur TALAL Noussair

Spécialiste

En Oto - Rhino - Laryngologie  
Chirurgie Cervico - Faciale  
Audiométrie - Impédancemétrie  
Endoscopie ORL



الدكتور نصير طلال

اختصاصي في أمراض و جراحة  
الأنف - الأذن - الحنجرة  
جراحة الوجه و العنق  
تخطيط السمع قياس ضغط الأذنين  
التشخيص بالمنظار

ORDONNANCE

Nachit ANAS

Berrechid, le :

07.2020

برشيد، في :

44,00

Maxicarb



1 em 2 3 fl

80,00

A Zix



1 bpa

1 fl

124,00

PHARMACIE AL MATAR  
Dr. G. G. G. / Imame  
80, Bd. Ghannouchi - Berrechid  
Tél/Fax: 05 22 53 42 33

Dr TALAL NOUSSAIR  
Specialiste en Oto - Rhino - Laryngologie  
87 Bd Moulay Ismail - Berrechid  
05 22 53 49 49



**Docteur TALAL Noussair**

**Spécialiste**

En Oto - Rhino - Laryngologie  
Chirurgie Cervico - Faciale  
Audiométrie - Impédancemétrie  
Endoscopie ORL



**الدكتور نصير طلال**

اختصاصي في أمراض و جراحة  
الأنف - الأذن - الحنجرة  
جراحة الوجه و العنق  
تخطيط السمع قياس ضغط الأذنين  
التشخيص بالمنظار

**ORDONNANCE**

*Nacht AVAS*

Berrechid, le :

*20.01.2020*

برشيد، في :

*ASL*

*[Large handwritten signature]*

**TALAL NOUSSAIR**  
Spécialiste en Oto - Rhino - Laryngologie  
67 Bd Moulay Ismail - Berrechid  
05 22 53 49 49

**LABORATOIRE CENTRALE ERRAZI**  
**BERRECHID**  
**Dr Abdelhamid HAWAZINE**  
Pharmacien Biologiste

87، شارع مولاي إسماعيل، الطابق الثاني، طريق حد السوالم - برشيد - الهاتف : 05 22 53 49 49

87، Bd. Moulay Ismail - 2ème Etage - Route de Had Soualem - Berrechid

Tél.: 05 22 53 49 49



Dr. TALAL NOUSSAIR

Date du prélèvement : 04/02/20

Dossier édité le : 04/02/2020

Code Patient : 80237

Enf. NACHIT Anas

Page : 1 / 1

Prélèvement Effectué au Laboratoire

040220 013

BIOCHIMIE SANGUINE

KONELAB 20i

Valeurs de référence

Antécédents

ANTISTREPTOLYSINE O (ASLO) : 64,00 UI/ml (< à 200)

LABORATOIRE CENTRAL ERRAZI  
BERRECHID  
Dr Abdelhakim HAWAZINE  
Pharmacien Biologiste

FACTURE N° : 20001046

BERRECHID ..... : 04/02/2020  
Nom et Prénom ... : Enfant Anas NACHIT  
Prescripteur .... : Dr. TALAL NOUSSAIR

Bilan :

ASLO B120+

Montant Net ..... : 142,00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de:  
Cent quarante deux Dirhams et zéro centime

Dr. A HAWAZINE

LABORATOIRE CENTRALE ERRAZI  
BERRECHID  
Dr Abdelhamid HAWAZINE  
Pharmacien Biologiste



INPE 063060990

# AZIX

40 mg / ml

Azithromycine

DE VOTRE MEDECIN.

repas.

1500 mg

Poudre pour suspension buv

PPV:80DH00  
PER:10/22  
LOT:12351



adapteur et RETOURNER  
l'ensemble en position

**ENFANT**

4. **RETIRER** la seringue pour administration orale du flacon et administrer le médicament à l'enfant,

5. **FERMER** le flacon en vissant le bouchon,

6. **RINCER** la seringue pour administration orale à l'eau après utilisation, puis **RANGER** le flacon dans la boîte.

La durée du traitement est de 3 jours.



## EFFETS NON SOUHAITES ET GENANTS :

COMME TOUT PRODUIT ACTIF, CE MEDICAMENT PEUT CHEZ CERTAINES PERSONNES ENTRAINER DES EFFETS PLUS OU MOINS GENANTS.

- Troubles digestifs : nausées, vomissement, diarrhées et douleurs abdominales.
- Manifestations allergiques : prurit, rash cutané, œdème de Quincke.

SIGNALER A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN TOUT EFFET NON SOUHAITE ET GENANT QUI NE SERAIT PAS MENTIONNE DANS CETTE NOTICE.

## CONSERVATION :

NE PAS DEPASSER LA DATE LIMITE D'UTILISATION FIGURANT SUR LE CONDITIONNEMENT EXTERIEUR.

## PRECAUTIONS PARTICULIERES DE CONSERVATION :

A conserver à une température ne dépassant pas +30°C.

Après reconstitution, la suspension se conserve au maximum 5 jours à +25°C.

Ne laisser ni à la portée, ni à la vue des enfants.

Tableau A (Liste I).



bottu s.a

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable



