

# 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.

## 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.

## 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

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- 048716

(54197)

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 745 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE / CONJOINT  
Nom & Prénom : DEZAIRI BEN SALEM  
Date de naissance : 1932  
Adresse : 272 BD YAHYOUB EL MANCOUR ET 01  
APPAT 03 HAY SALAM, CASAB  
Tél : 99624950887 Total des frais engagés : 239580 Dhs  
0522992437

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20 / 11 / 2020  
Nom et prénom du malade : MOTILIC RICHARD Age : 83  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Maladie chronique du système circulatoire  
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :  
05 JAN. 2021  
ACCUEIL

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 : MAD

Le : 05 / 01 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*



# 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
20/11/2020			300.01	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie du Complexe Zahid Dr. Kadiri Hassam Mohamed 63, Rue Mamoun Mohamed Casablanca - Maroc	20/11/2020	59550

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Service Radiologie 212) 0529 00 44 66 J. K. Khallouk Zaid	20/11/2020	Swimmer 10000 Lombare	

# 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 :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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] 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'EXECUTION

وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le :

20/11/2020

que Motik MORA

8640

①

Codral

8640

②

bolix Cox 900mg

13810  
34900

↑ 1/6 (4i)

③

bolix

54550

**Lovenox®**

**4000 UI (40 mg)/0,**

énoxaparine sodique/enoxapari

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - P.P. 1.

Ain sebaâ Casablanca

Lovenox 4000ulantixa inj b2

P.P.V : 138,10 DH



6 118001 080472

100211  
04.18

PPV: 86DH40  
PER: 09/23  
LOT: J2467-1

Lire la notice avant utilisation.

A conserver dans l'emballage d'origine à l'abri de l'humidité.  
Médicament soumis à la prescription médicale.

AMM N° 423/17DMP/21/NNP

اقرأ النشرة قبل الإستعمال.  
يحفظ داخل العبوة بعيدا عن الرطوبة.  
دواء بوصفة طبية.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
احترموا الجرعات المحددة

Tableau A (liste I)

BIOMCO

7 Comprimés  
pelliculés

**DOLICOX®** 90 mg  
*Etoricoxib*

**DOLICOX®** 90 mg  
*Etoricoxib*

A.P.  
T

7 Comprimés pelliculés

bottu /A

**b** 82, Allée des Casuarinas - Ain Sebdia - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

voie orale



Laboratoires SYNTHEMEDIC  
20-22, Rue Zoubair Bnou El Aouam  
Roches Noires - Casablanca



الاسم:

Ne pas dépasser la dose prescrite

Liste I - Uniquement sur ordonnance

(101x42x20)mm

# صيدول

باراستامول / كودين

Cédol®

20 Comprimés



6 118000 180913

00118000



20 حبة

عن طريق الفم

سنتمديك





709202

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**  
**USE THE DOSE AS PRESCRIBED**  
**الرجاء النقيذ بالجرعات الموصوفة**

Uniquement sur ordonnance - Liste I  
Prescription only medicine - List I  
دواء يُصرف بناء على وصفة طبية - قائمة I

**Composition:**

One pre-filled syringe (0.4 ml) contains 4000 IU (40 mg) enoxaparin sodium.  
Excipient: water for injection.

**Read carefully the package insert before use.**  
**KEEP OUT OF THE SIGHT AND REACH OF CHILDREN.**

**Special storage conditions:**

Do not store above 25°C.  
This medicine is to be stored in its packaging until use.  
Authorized medicine n°34009 364 686 6 5

Titulaire AMM/Détenteur DE/MA Holder/  
الشركة حاملة رخصة التسويق / صاحب مطور التسجيل

sanoft-aventis France  
82, avenue Raspail  
94250 Gentilly - France

المصنع /Manufacturer/  
Sanoft Winthrop Industrie  
Boulevard Industriel, Zone Industrielle  
76580 Le Trait - France



**Composition :**

Une seringue pré-remplie (0.4 ml) contient 4000 UI (40 mg) d'énoxaparine sodique.  
Excipient : eau pour préparations injectables.

**Lire attentivement la notice avant utilisation.**  
**TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTEE DES ENFANTS.**

**Précautions particulières de conservation :**

A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.  
A conserver dans l'emballage d'origine.  
Médicament autorisé n°34009 364 686 6 5



# Lovenox®

## 4000 UI (40 mg)/0,4 ml

*énoxaparine sodique/enoxaparin sodium*

Solution Injectable/Solution for injection

Voie sous-cutanée, intraveineuse / Subcutaneous, intravenous use

Voie extracorporelle dans le circuit de dialyse / Extracorporeal use in the dialysis circuit

2 seringues pré-remplies avec système de sécurité

2 pre-filled syringes with automatic safety device

SANOFI 

**التركيب:**  
تحتوي المحقنة المعبأة مسبقاً من 0.4 مل على 4000 وحدة دولية (40 ملغ) من إنوكسابارين الصوديوم.  
السواغ: ماء للحقن.  
**الرجاء قراءة النشرة بعناية قبل الاستعمال.**  
يُحفظ بعيداً عن نظر ومتناول الأطفال.  
**احتياطات خاصة للحفظ:**  
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية.  
يحفظ في عبوته الأصلية.  
دواء مرخص رقم 34009 364 686 6 5  
DE: 15/96/12B 082/376

**لوفينوكس® 4000 وحدة دولية (40 ملغ)/0.4 مل**

إنوكسابارين الصوديوم

محلول للحقن

عن طريق الحقن تحت الجلد، الحقن داخل الوريد

عن طريق الحقن خارج الجسم، في جلسة غسل الكلى

**محقنتان معبأتان مسبقاً مع جهاز أمان**

**Composition :**

Une seringue pré-remplie (0.4 ml) contient  
4000 UI (40 mg) d'énoxaparine sodique.  
Excipient : eau pour préparations injectables.

**Lire attentivement la notice avant utilisation.**

TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTEE  
DES ENFANTS.

**Précautions particulières de conservation :**

A conserver à une température ne dépassant  
pas 25°C.

A conserver dans l'emballage d'origine.

Médicament autorisé n°34009 364 687 2 6

**Composition:**

One pre-filled syringe (0.4 ml) contains  
4000 IU (40 mg) enoxaparin sodium.  
Excipient: water for injection.

**Read carefully the package insert before use.**

KEEP OUT OF THE SIGHT AND REACH OF  
CHILDREN.

**Special storage conditions:**

Do not store above 25°C.

This medicine is to be stored in its packaging  
until use.

Authorized medicine n°34009 364 687 2 6

765046

**Lovenox®**

**4000 UI (40 mg)/0,4 ml**

*énoxaparine sodique/enoxaparin sodium*

Solution Injectable/Solution for injection

à usage sous-cutané, intraveineuse / Subcutaneous, intravenous use

extracorporelle dans le circuit de dialyse / Extracorporeal use in the dialysis circuit

Seringues pré-remplies avec système de sécurité

Pre-filled syringes with automatic safety device

**SANOFI** 

**Lovenox®**



لوفينوكس 4000<sup>®</sup> وحدة دوائية (40 ملغ) / 0.4 مل

إنوكز إبارين الصوديوم

محلول للحقن

عن طريق الحقن تحت الجلد، الحقن داخل الوريد

عن طريق الحقن خارج الجسم، في جلسة غسل الكلى

6 محاقن ممتلئة مسبقاً مع جهاز أمان أوتوماتيكي

**التركيب:**

تحتوي الحقنة الممتلئة مسبقاً من 0.4 مل على 4000 وحدة دوائية (40 ملغ) من إنوكز إبارين الصوديوم،  
السواغ: ماء للحقن.

**الرجاء قراءة النشرة بعناية قبل الاستعمال.**

يحفظ بعيداً عن نظر ومتناول الأطفال.

**احتياطات خاصة للحفظ:**

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية.

يحفظ في عبوته الأصلية.

دواء مرخص رقم 34009 364 687 2 6

DE N° 15/96/12B 082/376

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
USE THE DOSE AS PRESCRIBED

الرجاء التقيد بالجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I  
Prescription only medicine - List I

دواء يُصرف بناء على وصفة طبية - قائمة I

Titulaire AMM/Détenteur DE/MA Holder/

الشركة حاملة رخصة التسويق / صاحب مقرر التسجيل

sanofi-aventis France

82, avenue Raspail

94250 Gentilly - France

Fabricant /Manufacturer/ المصنع

Sanofi Winthrop Industrie

Boulevard Industriel, Zone Industrielle

76580 Le Trait - France



3 582910 077824

Lot/Batch : 01326A  
Fab./Man.: 0520  
Pér./Exp.: 0423



وصفة طبية

## Ordonnance

Casablanca, le :

20/11/2020

Mr. Nadjik Abdou

patient qui présente

un bras droit

fracturé au bras

et douleur et

paralysie

du bras droit

Pr. ass. Souhail BENSALAH  
Chirurgie Traumatologique et Orthopédique  
Hôpital Cheikh Khalifa

# F A C T U R E

**Sortie 20/11/2020**

Encaissements	<b>Espèces</b>				<b>Total encaissé</b>	<b>Solde</b>
	<b>1 500,00</b>				<b>1 500,00</b>	<b>0,00</b>

Hopital Cheikh Khatia Ibn Zaid  
Service Radiologie  
Tél : (+212) 0529 00 44 66  
E-mail : [www.hck-ickm.ma](mailto:www.hck-ickm.ma)



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 114.469 / 2020 du 20/11/2020

Nom patient : MOTIK AICHA

Entrée 20/11/2020

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 20/11/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation de traumatologie	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

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

Encaissements					Total encaissé	Solde
						300,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
 Tel : 05 29 03 53 45  
 Fax : 05 29 03 53 45  
 E-mail : contact@hikm-hk.ma  
 N° INP 090061862



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 20/11/22

Quittance - Paiement espèces

0526158

IPP : .....

N° D'admission : .....

274461

Montant : .....

300 DH

Patient : .....

NOTIK ALCHA

Cachet