

## 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.

### 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 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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M22- 0036812

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13302 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 170471  
Nom & Prénom : Loubani Hiba  
Date de naissance : 28/07/93 Casablanca  
Adresse : 127, Boulevard Ibrahim Roudani  
Tél. : 06.33.73.88.51 Total des frais engagés : .....Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 26/07/2023  
Nom et prénom du malade : Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Douleur PELVIE  
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 26/07/23  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

### 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

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 Médicinal attestant le Raison des Soins
26 06 23	5		300	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/06/23	378,70

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	26 06 23	ECH2	400

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																									
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>																								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																								
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																								
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			B				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		G																										
25533412	21433552																											
00000000	00000000																											
00000000	00000000																											
35533411	11433553																											
B																												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																								
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																								
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dcteur EL KHADIME Amina**  
**Ep.Belmejdoub**

Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique  
Lauréate de la Faculté de Médecine  
de STRASBOURG (France)

Cabinet de



Gynécologie  
Obstétrique

**الدكتورة الخديم أمينة**  
**اختصاصية في أمراض النساء والتوليد**  
**خريجة كلية الطب**  
**بستراسبورغ (فرنسا)**

Casablanca, le: .....

26/06/2023

**LOUBANI HIBA**

- Chirurgie  
Gynécologique

- Accouchement

- Echographie

- Médecine foetale

- Sénologie

- Stérilité du couple

- Coelioscopie

- Hysteroscopie

- Colposcopie

• **Sepcen 500 mg - comprimé**  
74,80, matin, soir, pendant 5 jours

• **Adepal - comprimé enrobé**  
13,90, soir, pendant 21 jours

• **INNOFOLIC - sachet**  
309,00, sachet, matin, soir, pendant 3 mois

• **OVPOWER - Comprimé**  
1 Comprimé, matin, pendant 2 mois

388,70

VITA  
PHARMACIE - CASABLANCA  
Tél: 05 22 98 43 63  
Fax: 05 22 98 44 43  
Rue Ibnou Katir  
Esc B 1er Etage N°20 - Maarif  
Extension  
Casablanca  
Urgence: 06 62 74 77 73  
ICE 0000

**Dr. EL KHADIME Amina**  
Gynécologue - Obstétricienne  
Résidence Al Mawlid 2 - Rue Ibnou Katir  
Esc B 1er Etage N°20 - Maarif Extension  
Casablanca  
Tél: 05 22 98 67 73  
Urgence: 06 62 74 77 73  
ICE 0000

إقامة المولد 2 زنقة ابن كثير - العمارة ب الطابق 1 رقم 20 - الدار البيضاء

Résidence AL Mawlid 2 Rue Ibn Katir - Esc B, 1er étage N°20 - Casablanca - E.mail : aelkhadime@gmail.com

Tél.: 05 22.99.67.74 - 0522 98 77 39

Consultation sur Rendez-vous - Urgence : 0662 74 77 73



Dcteur EL KHADIME Amina  
Ep.Belmejdoub

Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique  
Lauréate de la Faculté de Médecine  
de STRASBOURG (France)

Cabinet de



Gynécologie  
Obstétrique

الدكتورة الخديم أمانة

اختصاصية في أمراض النساء والتوليد

خريجة كلية الطب

ستراسبورغ (فرنسا)

Casablanca, le: 20/05/23

- Chirurgie  
Gynécologique
- Accouchement
- Echographie
- Médecine foetale
- Sénologie
- Stérilité du couple
- Coelioscopie
- Hysteroscopie
- Colposcopie

m = 400 OH

RESUME DE LA SONN

DE 400 OH POUR

ECHOGRAPIE

GYN

# سيپسين<sup>®</sup> 500 مغ

سيبروفلوكساسين

علبة من 10 أقراص ملبسة  
عن طريق الفم

**SEPCEN<sup>®</sup> 500 mg**  
ciprofloxacin

10 comprimés pelliculés



6 118000 230182

74,80

IBERMA



يجب احترام الجرعات الموصوفة

LOT : 158220 4  
PER : 12 / 2025  
PP / 14.02.2025

# INO-FOLIC®

MYO-INOSITOL et ACIDE FOLIQUE

Poids par sachet : 2,00026 g

Poids net : 120,01560 g

N° de lot :

Date de péremption :

PPC : 300 , 00 Dhs

Docteur EL KHADIME Amina

Ep. Belmejdoub

Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique

Lauréate de la Faculté de Médecine

de STRASBOURG (France)

Cabinet de



Gynécologie  
26/06/2023  
Obstétrique

الدكتورة الخديم آمنة  
اختصاصية في أمراض النساء والتوليد  
خريجة كلية الطب  
ستراسبورغ (فرنسا)

LOUBANI HIBA

## Echographie pelvienne

**Utérus** : taille normale, contours réguliers et échostructure homogène.

Biométrie utérine :

Longueur : 50,8 mm

Hauteur : 25,1 mm

Endomètre épaisseur : 3,6 mm

Ligne de vacuité fine médiane.

### Ovaires:

Droit : Taille et échostructure normales

Gauche : Taille et échostructure normales

Cul de sac de Douglas libre .

**Conclusion** : Echographie pelvienne normale.

signé : AMINA EL KHADIME

Dr. EL KHADIME Amina  
Gynécologue - Obstétricienne  
Résidence Al Mawlid 2 - Rue Ibnou Katir  
ESC B 1er Etage N°20 Maarif - Extension  
Tél 05 22 89 87 74 Casablanca  
Urgence 06 62 74 77 73  
ICE 00 17 6062