

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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.

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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-801625

172725

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 326 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : DR. IOUECH ZOTFI
 Date de naissance : 19/06/15
 Adresse : 47, RUE IMAM MOUSLIM OASIS
CASA
 Tél. : 0661336306 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur Agrégée
Hématologie - Oncologie
CLINIQUE AL MADIN
Tél: 05 22 77 77 40 à 45
Gsm: 06 62 56 77 07

Date de consultation : 21/8/2023
 Nom et prénom du malade : Draiech Iyma Age : 25
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Anémie fessante
 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 : CASA Le : 07/08/23

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

118123 C
0718123 C
07108123 C
Liquide
DR. F. EL MARI
Hématologie
CLINIQUE AL MADINA
552 Bd. Casablanca
Tél: 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)
Fax: 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

092028877
1/8/23
1371
CLINIQUE AL MADINA
552 Bd. Casablanca
Tél: 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)
Fax: 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

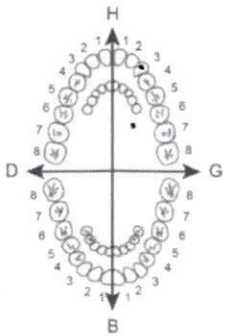
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

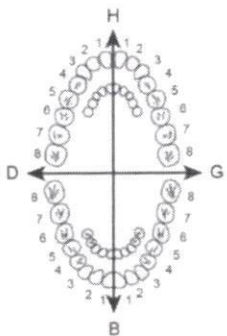
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession

		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		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



F A C T U R E

N° : 20708 / 2023 du 07/08/2023

Nom patient **DRIOUECH LYNA**
PAYANT

Entrée 07/08/2023
Sortie 07/08/2023

FERINJECT

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FERINJECT	1,00	INJECTION	800,00	800,00
			Sous-Total	800,00
Total Clinique				800,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	800,00
HUIT CENTS DIRHAMS		

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA
532, Bd Panoramique
Casablanca
Tél. : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)
Fax : 05 22 25 00 01



Docteur Saadia ZAFAD

Professeur Agrégée
Hématologie Clinique
Adultes-Enfants
Oncologie pédiatrique
Greffes de Moelle

الدكتورة السعدية زفاف

أستاذة مبرزة
أمراض الدم
البالغين و الأطفال
سرطان الطفل
زراعة النخاع

Casablanca, le.....

01 août 2023

Mme DRIQUECH Lyna

1371.00
FERINJECT 50 MG

1 flacon



Dr. Saadia ZAFAD
Professeur Agrégée
Hématologie - Oncologie
CLINIQUE AL MADINA
Tél: 05 22 77 77 40 à 49
Gsm: 06 62 54 23 07



F A C T U R E

N° : 19963 / 2023 du 01/08/2023

Nom patient **DRIOUECH LYNA**
PAYANT

Entrée 01/08/2023

Sortie 01/08/2023

CONSULTATION PR ZAFAD

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION PR ZAFAD S	1,00	CSZS	400,00	400,00
			Sous-Total	400,00
Total Clinique				400,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

QUATRE CENTS DIRHAMS

Total 400,00

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

Dr. SARA ZAFAD
Professeur Agrégée
Hématologie - Oncologie
CLINIQUE AL MADINA/
Tél: 05 22 77 77 40 à 49
Gsm: 06 62 54 23 07

50 mg fer/ml



ferinject®

carboxymaltose ferrique

Solution pour injection/perfusion
Doit être administré sous
surveillance médicale

A utiliser sous prescription médicale

1 Flacon (10 ml)

Voie IV

Un flacon de 10 ml
contient 500 mg
de fer



پروموفارم ش.م.
PROMOPHARM S.A.

Z.I. du Sahel, Had Soualem - Maroc



LOT NO.: 0728
DATE FAB: 11.2022
DATE EXP: 11.2025

MV

50 mg iron/ml
ferinject®

Chaque 1 ml contient:
Fer sous forme de carboxymaltose
ferrique 50 mg.

Excipients: Eau pour préparations
injectables, hydroxyde de sodium, acide
chlorhydrique.

كل 1 مل يحتوي على

حديد (كربوكسي مالتوز الحديد) 50 مغ.

المواد المضافة ماء معد للحقن. هيدروكسيد الصوديوم

وحامض الهيدروكلوريك.



6 251065 043257

مترخيص من شركة أدوية الحكمة الأردن
إنتاج شركة بيسو، ألمانيا أو شركة أي دي تي بيولوجيكا، ألمانيا
تعبئة شركة أدوية الحكمة، المشتى، الأردن
توزيع بروموفارم، شركة مساهمة المنطقة الصناعية
الساحل - حد سواLEM، المغرب

Sous licence de: Hikma pharmaceuticals, Jordanie
Lieu de fabrication: Bipsio GmbH, Allemagne
ou IDT Biologika GmbH, Allemagne
Lieu de conditionnement secondaire:
Hikma Pharmaceuticals, Al-Mushatta, Jordanie
Distribué par: PROMOPHARM S.A.,
Z.I. du Sahel, Had Soualem, Maroc

2BXFIS501M-AF-01/2016

06 40 28 356/7
2303324

(1987)

Table 1. Continued

[illegible]

entier l'absence de sédiments avant utilisation et respecter la date de péremption. La solution doit être diluée dans une solution stérile de chlorure de sodium à 0,9% m/v avant administration en perfusion intraveineuse. Tenir hors de la portée des enfants. A conserver dans l'emballage extérieur d'origine. A conserver à une température inférieure à 30°C. Ne pas congeler. Posologie et Mode d'emploi Consulter la notice intérieure.

5

Z.I. du Sahel, Had Soualem - Maroc
PROMOPHARM S.A.



10 مہینے: 500 روپے

॥ ॐ ॥
(१०) ॥ ॐ ॥

١٠٠٠
 ١٠٠٠
 ١٠٠٠



יִצְחָק בֶּן יִצְחָק

• ୦ ଷ୍ଟି ଟାଟ/ଟି

50 mg de fer/ml
ferinject®

Distribué par PROMOPHARM S.A.
Z.I. du Sahel - Had Soualem

PPV: 1371 DH 00

