

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-801625

172723



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule :	36	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : DRIOUCHI MOUSSA			
Date de naissance : 19/06/1955			
Adresse : 47, RUE IMAM MOUSLM OASSIS CASA			
Tél. : 06 61 33 63 06 Total des frais engagés : _____ Dhs			

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/08/2023

Nom et prénom du malade : DRIOUCHI MOUSSA

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : ANEMIE D'EMPUISE

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 : 07/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS

CCUEIL

MM

RELEVE 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
11/12/13 C			Liaison 100	INP 100 Professeur DR. 100 Hématologie 100 CLINIQUE 100 Santé 100 Assurance 100 Enseignement 100
07/12/13 C			consultation 100	
07/12/13	hémato	100	100	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Droguier du Pharmacien ou du Fourisseur	Date Tel.: 05 22 77 11 00 Fax: 05 22 77 11 00	Montant de la Facture
Dr HABACH Kamal Département de l'Université de Lille	1/8/23	137
		CLINIQUE AL MADINA 532 Bd Casablanca Tel.: 05 22 77 17 40 Fax: 05 22 29 00
	092028877	

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
		A M	P C	I M	I V	

RECEVE 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.

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	Entrée	07/08/2023
	PAYANT	Sortie	07/08/2023

FERINJECT

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

Arrêtée la présente facture à la somme de :

HUIT CENTS DIRHAMS

Total **800,00**

Compte bancaire : AWB 00778000033030000022736 , 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

Greffé de Moelle

الدكتورة السعدية زفاص

أستاذة مبرزة

أمراض الدم

البالغين والأطفال

سرطان الطفل

زراعة النخاع

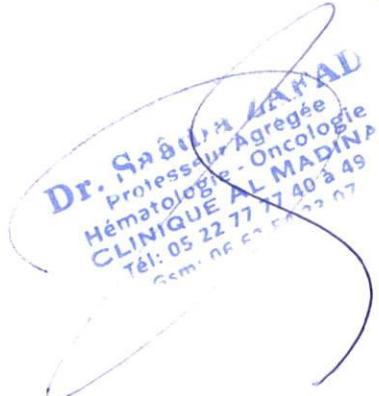
Casablanca, le.....

01 août 2023

Mme DRIOUECH Lynda

1371.00
FERINJECT 50 MG

1 flacon





F A C T U R E

N° : **19963 / 2023** du **01/08/2023**

Nom patient	DRIOUECH LYNA	Entrée	01/08/2023
	PAYANT	Sortie	01/08/2023

CONSULTATION PR ZAFA

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION PR ZAFAD S	1,00	CSZS	400,00	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. SADIA ZAFAL
Professeur Agrégée
Hématologie - Oncologie
CLINIQUE AL MADINA
Tél: 05 22 77 77 40 à 49
Gsm: 06 62 54 23 07

MV

50 mg fer/ml



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**

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 (كريوكسي مالتوس الحديد) 50 مع
الماء الصناعي، ماء مع المحقن، هيدروكسيد الصوديوم
وحامض الهيدروكلوريك.



6251065 043257

مُرخص من شركة أدوية الحكمة، الأردن
انتاج شركة بيسوس، التابعة لشركة آبي دي تي سيلوبيكما - إسبانيا
نعتة شركة أدوية الحكمة، الأردن
توزيع بروموفارم، شركة مساهمة، المنطقة الصناعية
الساحل - حد سوالج، المغرب.

Sous licence de: Hikma pharmaceuticals, Jordanie
Lieu de fabrication: Bipsi 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


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



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

2BXFIS501M-AF-01/2016

BAIDA
PACK

08 40 28 356/7
2303324

(ג' טבת)

Tableau A

Z.I. du Sahel, Hédjougou - Maroc
PROMOPHARM SA



ਲੋਕਾਂ ਦੀ 500 ਵੇਂ ਜਾਤ
ਗੁਰੂ ਨਾਨਾ ਸਿੰਘ ਦੀ 10 ਵੇਂ

સાચી વિજ્ઞાન

ଶ୍ରୀମଦ୍ଭଗବତ

• ० ೪೬/೩

50 mg de fer/ml
ferinject®

Distribué par PROMOPHARM S.A.

Z.I. du Sahel - Had Soualem

PPV: 1371 DH 00

