

## 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.

### 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloger  
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° W19-593654

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2708 Société : RAM 55191  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : KHATMI Abdellah  
 Date de naissance : 08/02/1977  
 Adresse : W  
 Tél. : W Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/12/2022  
 Nom et prénom du malade : KHATMI Abdellah  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Aggravation de la maladie chronique  
 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 : 07/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : AK



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
06/12/2000	341		40	

INP : **ANAMA BENAZIZ** *Chirurgien Gynécologue*  
19, Bd. Bir Anzarane, Hôpital - Casablanca  
Tél: 0522 23 50 85 / Fax: 0522 23 50 87

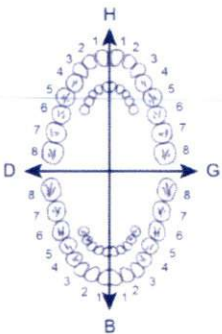
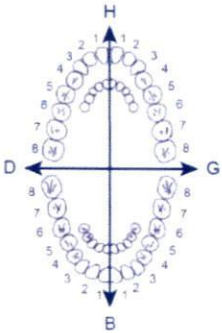
[illegible][illegible][illegible]

# 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 canaux, 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

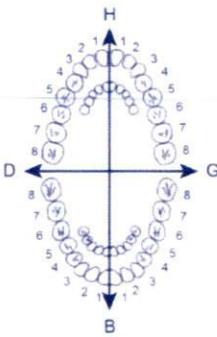
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

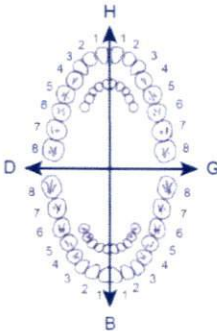
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	<div></div>																				
				MONTANTS DES SOINS	<div></div>																				
				DEBUT D'EXECUTION	<div></div>																				
				FIN D'EXECUTION	<div></div>																				

O.D.F. PROTHESES DENTAIRE	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX	<div></div>												
	<div><div>H</div><table><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></div>					25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<div>(Création, remont, adjonction)</div> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS	<div></div>												
			DATE DE L'EXECUTION	<div></div>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Niâma BENAZZOUZ BERRADA

Spécialiste

Gynécologie - Obstétrique - Stérilité  
Maladie du Sein - Colposcopie - Sexologie  
Echographie Doppler - Médecine Foetale  
Chirurgie Gynécologique - Coeliochirurgie  
Hystéroscopie

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris  
Ancien Praticien Hospitalier à Paris - Île-de-France



الدكتورة نعمة بنعزوز برادة

اختصاصية في

الولادة - أمراض وجراحة النساء - العقم  
أمراض الثدي وفم الرحم - الجراحة النسائية  
التنظير الداخلي - التشخيص بالصدى  
الأمراض الجنسية  
خريطة كلية الطب بباريس  
طبيبة سابقة بمستشفيات باريس - فرنسا

me z Khatmi  
Abir

04 DEC 2020

(6 tubes)  
① ostrogel 0.06%

1 dose 1x1  
sur le bras ou le coude  
1 fois/jour

② Wogesta 200  
6 STs  
4p/soir/1x1  
à partir du 1<sup>er</sup> jour  
de ostrogel

Dr. NIAMA BENAZZOUZ BERRADA  
Chirurgien Gynécologue Accoucheur  
119, Bd. Bir Anzarane, Résidence RAMZI «B» 3ème étage - Tél.: 05 22 23 50 86 - Fax : 05 22 23 50 87 - Urgences : 06 61 93 99 33



Dr. Niâma BENAZZOUL BERRADA

Spécialiste

Gynécologie - Obstétrique - Stérilité  
Maladie du Sein - Colposcopie - Sexologie  
Echographie Doppler - Médecine Fœtale  
Chirurgie Gynécologique - Coelochirurgie  
Hystérocopie  
Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris



الدكتورة نعمة بنعزوز براحدة

اختصاصية في  
الولادة - امراض و جراحة النساء - العقم  
امراض الثدي وفم الرحم - الجراحة النسائية  
التنظير الداخلي - التشخيص بالجسمي  
الامراض الجنسية  
خبرة بكافة الطب بباريس

Cachet médecin

## Ordonnance



Cos 9 le 04/12/2020 في

## Note d'Honoraire

Nom : Khatmi

Prénom : Abir

Epouse :

Date de Naissance :

Consultation gynécologique : 300

Echographie pelvienne et/ou obstétricale : 400

Arrêtée la présente facture à la somme de : 700

Dr. Niâma BENAZZOUZ BERRADA

Spécialiste

Gynécologie - Obstétrique - Stérilité

Maladie du Sein - Colposcopie - Sexologie

Echographie Doppler - Médecine Foetale

Chirurgie Gynécologique - Coeliochirurgie

Hystéroscopie

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris

Praticien Hospitalier à Paris - Île-de-France

الدكتورة نعمة بنعزوز برادة

اختصاصية في

الولادة - أمراض و جراحة النساء - العقم

أمراض الثدي وفم الرحم - الجراحة النسائية

التنظير الداخلي - التشخيص بالصدى

الأمراض الجنسية

خريجة كلية الطب بباريس

طبيبة سابقة بمستشفيات باريس - فرنسا



Khatmi

Abir

04 DEC 2020

(6 tubes)

① estrogel 0.06%

1 dose / j

sur le bras ou la cuisse  
mains propres

② Progesteron 200

6 ST

4p / so / j

à porter du 1<sup>er</sup> au 6<sup>ème</sup> jour  
de estrogel

PHARMACIE DE LA GARE  
8 Place de la Gare - 67000 STRASBOURG

15 DEC. 2020

Tél 03 88 32 02 29  
67 2 03357

Dr. NIAMA BENAZZOUZ BERRADA  
Chirurgien Gynécologue Accoucheur  
119, Bd. Bir Anzarane, Mairi - Casablanca

119, شارع بئر انزاران، ماري - الدار البيضاء  
06 61 93 99 33 : المستعجلات - 05 22 23 50 87 : الفاكس - 05 22 23 50 86 : الهاتف  
119, Bd Bir Anzarane, Résidence RAMZI «B» 3ème étage - Tél.: 05 22 23 50 86 - Fax : 05 22 23 50 87 - Urgence : 06 61 93 99 33  
E-mail : bbniaa@yahoo.fr

PHARMACIE DE LA GARE

Mme Schotter

8 Place de la gare

67000 STRASBOURG

le : 15/12/2020

TEL : 03.88.32.02.59

Op : 5 10:20

FA200052352 POSTE3

Produit	Qté	A régler	Total
---------	-----	----------	-------

Vente du 15/12/20 200052352

pour Abir KHATMI

OESTRODOSE FL DOS

80G	2	5,56	11,12
-----	---	------	-------

PROGESTAN 200MG

CAPM O/V PLQ/45	2	11,91	23,82
-----------------	---	-------	-------

*HONOR. REMBOURS.	1	0,51	0,51
-------------------	---	------	------

Sous total en EUR			35,45
-------------------	--	--	-------

---

<b>Net à payer en EUR</b>	<b>35,45</b>
---------------------------	--------------

1 EUR = 6,55957 F

Net à payer en F = 232,54 F

Dont TVA :	0,73
------------	------

15/12/2020 Carte Bancaire en EUF	35,45
----------------------------------	-------

Nombre d'articles :	4
---------------------	---

Montant des Honor. de Disp.	4,59
-----------------------------	------



Dr Niâma BENZZOUZ BERRADA

Gynécologue Obstétricien

Chirurgie Gynécologique

Ancien Praticien Hospitalier à Paris - Ile de France

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris

119, Bd Bir Anzarane, Résidence RAMZI «B» 3ème étage

Tél. 05 22 23 50 86 - Fax : 05 22 23 50 87 - Urgences : 06 61 93 99 3

E-mail : bniâma@hotmail.com

## ECHOTOMOGRAPHIES PELVIENNES

+ Maman

N° :

04 DEC 2020

Date :

Nom :

Khatmi

Prénom :

Abir

Age :

1998

Adressé par le Docteur :

Pour :

trouble du cycle (saurouche)

Pare :

6

Geste :

0

D.R.N.:

T.T.:

A.T.C.D.:

## COMPTE - RENDU :

Uterus :

① Position :

Laterodeviation

Version et flexion

② Forme et taille de l'utérus

Longueur

Largeur

Épaisseur

③ Echostructure : utérine

Myometre

Cavité utérine

Col utérin

Vagin

Trompes

Ovaires

1 A perim

1 absence

Alloplasm - mouna

Absence d'ovulation

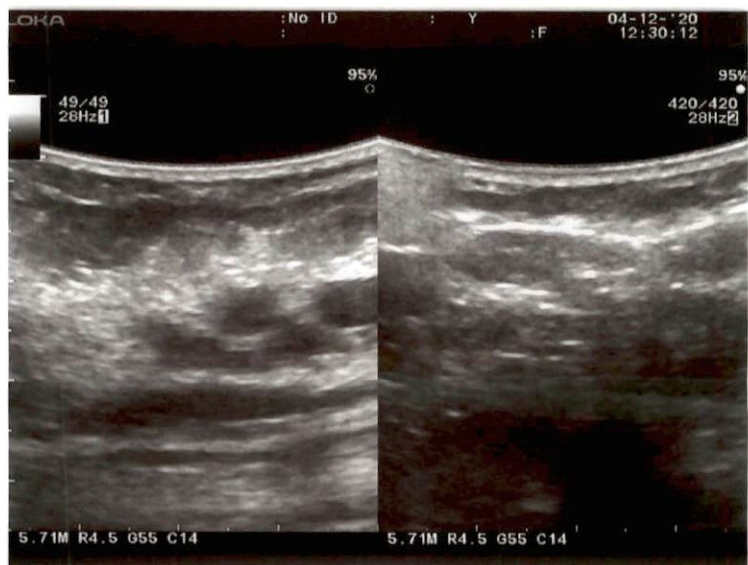
Dr. NIAMA BENAZZOUZ BERRADA

Chirurgien Gynécologue Accoucheur

119, Bd. Bir Anzarane Maârif - Casablanca

Tél: 0522 23 50 86/Fax: 0522 23 50 87









N° 11389\*05

joindre la prescription  
sauf si renouvellementfeuille de soins  
pharmacien ou fournisseurArt. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale  
Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

numéro de facture (facultatif)

2 0 0 0 5 2 3 5 2

date 1 5 1 2 2 0 2 0

## PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT les SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur)

nom et prénom

KHATMI ABIR

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

3 0 0 6 1 9 9 8

code de l'organisme de rattachement  
en cas de dispense d'avance des frais  
(à remplir par le pharmacien ou  
le fournisseur)

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

KHATMI ABIR

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

A 1

ADRESSE de L'ASSURE(E)

1 RUE D'OSLO

67000 STRASBOURG

## IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

## IDENTIFICATION de la STRUCTURE

SCHOTTER ANNE-CATHERINE

RPPS 1010010948

PHARMACIE DE LA GARE

Mme Schotter

8 Place de la gare

67000 STRASBOURG

N° ident 672033578

TEL : 03.88.32.02.59

OP : 5 15/12/2020

## PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé

## IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom

670000025

raison sociale

identifiant

n° de la structure

(AM, FINESS ou SIRET)

6 7 1 0 5 4 8 6 4

## CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

0 4 1 2 2 0 2 0

date de l'accord préalable (le cas échéant)

MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1  
(cf. la notice au verso : § précédé de "§"  
et les recommandations importantes)

accident causé par un tiers : non

oui

date

J J M M A A A A

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

## PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

tarification détaillée

CIP/NOM NumOrd

Acte/Qte/Prix

Taux Remise

Montant

QTE: 5 V: 5 en EUR

3400933829247 OESTRODOSE FL DOS 175577 PH7 2x4,54 0% 9,08

HONORAIRE DE DISPENSATION HD7 2x1,02 0% 2,04

3400935876324 PROGESTAN 200MG CA 175578 PH7 2x10,89 0% 21,78

HONORAIRE DE DISPENSATION HD7 2x1,02 0% 2,04

HONORAIRE DE MEDICAM. REMB. HDR 1x0,51 0% 0,51

imprimer les codes à barres

ou coller les étiquettes de la liste

des produits et prestations

dans l'ordre de la prescription

## PAIEMENT

MONTANT TOTAL DE LA GARE

Pharmacie de la Gare - 67000 STRASBOURG

3 5, 4 5

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

PHARMACIE DE LA GARE

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du pharmacien  
ou du fournisseur

6720335783 88 32 02 59

67 2 03357 8

signature de  
l'assuré(e)impossibilité  
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale).

Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle. En application de la loi du 8 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.