

## 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 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

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

N° W21-676657

101718

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12341	Société : Royal Air Maroc		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : YAAKOURBI Ouamaima			
Date de naissance : 08/03/1986			
Adresse : 29, Rue Abou Oman El Hante, 2Nas, Casab			
Tél. 06 62 83 93 39	Total des frais engagés : 2571,00 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
MUPRAS	
Cachez au médecin :	
1 FEV. 2022	
Date de consultation :	01/01/2022
Nom et prénom du malade :	
YAAKOURBI Ouamaima	
Liens de parenté :	Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	
Suivi de Grossesse	
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 : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) :

oujouit

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-676657

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : \_\_\_\_\_

Nom de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

Total des frais engagés : \_\_\_\_\_

Date de dépôt : \_\_\_\_\_

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

#### **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
07/01/12	Ca		9	INP : 0511327112 Docteur Khalid TAIBI Chirurgie Obstétrique Bir Anzarane Maârif 032 GCM 0813 21 05 27 032 5532 98 45 39
08/01/12	vr-fac	5	1205	NOUVELLE

## ~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ES CAPEA AL Boulevard EL DANTON Casablanca BP 25097 Casablanca Maroc	10/11/22	1371.00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### **VOLET ADHERENT**

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

#### RELEVE 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	JINP : <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"/>
	$  \begin{array}{r l}  H & 25533412 \quad 21433552 \\  \hline  D & 00000000 \quad 00000000 \\  & 00000000 \quad 00000000 \\  B & 35533411 \quad 11433553  \end{array}  $ <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

Docteur Khalid TAIBI

## Gynécologue - Obstétricien

Diplômé de la faculté de médecine de Paris V

Ex. attaché des hopitaux de Paris

SPÉIALISTE EN MEDECINE DE REPRODUCTION

CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE - COELIOSCOPIE

## **HYSTÉROSCOPIE - MALADIES DU SEIN**



الدكتور الطيب خالد

الختصاصي في أمراض النساء والتوليد

خريج كلية الطب بباريس

طیب ملحق سایقا بمستشفيات ياد پیش

الطبية المساعدة الإنجاح في اختصاصي

المرأة النسوية

الحرارة بالمنظار : أمراض الثدي

## Casablanca, Le

07/07/2022

الدار البيضاء في

7- YAKKUBI semaine.

Ferinject 30 mg

13 x 1.0

Mme Amal EL QABE AJ BAHRI  
Docteur en Pharmacie  
PHARMACIE D'ANTON  
47 Boulevard de l'Obélisque  
Tél 0522 22 61 17

**Dr. TAIBI Khalid**  
Gynécologue / Obstétricien  
45, Bd. Bir Anzarane - Maârif  
CASA - Tel. 022 25.11.97/98.54.30

# Docteur Khalid TAIBI

Gynécologue - Obstétricien

Diplômé de la faculté de médecine de Paris V

Ex. attaché des hôpitaux de Paris

SPÉCIALISTE EN MEDECINE DE REPRODUCTION

CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE - COELIOSCOPIE

HYSTÉROSCOPIE - MALADIES DU SEIN



دكتور الطبيبي خالد

اختصاصي في أمراض النساء و التوليد

خريج كلية الطب بباريس

طبيب ملحق سابقاً بمستشفيات باريس

اختصاصي في الإنجاب بالمساعدة الطبية

الجراحة النسوية

الجراحة بالمنظار . أمراض الثدي

Casablanca, Le .....

07 / 01 / 22

الدار البيضاء في

Dr. Yankowbi Aounan

Ferme le 20 à 14h

à la clôture l'Hermitage

CLINIQUE L'HERMITAGE  
35 Bd. Anoual - Casablanca  
Tél: 0522 86 55 66 Fax: 0522 86 55 77

Docteur Khalid TAIBI  
Gynécologue Obstétrique  
45, Bd. Bir Anzarane Maârif  
CASABLANCA - GSM: 0613 21 95 27  
Tél: 0522 25 17 97 - 0522 98 45 30

# CLINIQUE L'HERMITAGE



مصحة لارميطاچ

PATIENT : Mme YAAKOUBI Oumaima  
SEJOUR : Du 08/01/2022 au 08/01/2022

FACTURE : 202200026  
DU : 08/01/2022

Etablie par : K. Khadij

## CLINIQUE

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
FRAIS CLINIQUE	1	800,00	800,00
<b>TOTAL CLINIQUE</b>			<b>800,00</b>

## ENCAISSEMENT COMPTE AUTRUI

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
Honoraire DR. SAHIM Mustapha	1	400,00	400,00
<b>TOTAL AUTRUI</b>			<b>400,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

L'article 6 de la loi de finances (L.F.) n° 100-14 pour l'année budgétaire 2015, promulguée par le  
Fahir n°1.14.195 du 1er rabii I 1436 (24 décembre 2014) relative aux droits de timbres

	<b>PATIENT</b>
<b>TOTAL TTC</b>	1 200,00

CLINIQUE L'HERMITAGE  
35,Bd Anoual - Casablanca  
Tél: 0522 86 55 66 - Fax: 0522 86 55 77

**CLINIQUE L'HERMITAGE**

NOTE D'HONORAIRE

Date d'entrée: 08/01/2022



**مصحة لارميطاچ**

DR. SAHIM Mustapha

PATIENT : Mme YAAKOUBI Oumaima

HONORAIRES : 400,00  
(QUATRE CENTS DIRHAMS )

Dr. SAHIM EL MOSTAFA  
Médecin Anesthésiste Réanimateur  
INP:061124640  
ICE:002237226000046

٥٠ مل/حديد مغ

## فيرينجكت®

كريوكسي مالتوز الحديد



# 50 mg iron/ml ferinject®



ferinject®  
carboxymaltose ferrique

Chaque 1 ml contient:

Fer sous forme de carboxymaltose ferrique 50 mg.

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

كل مل يحتوي على:

حديد (كريوكسي مالتوز الحديد) 50 مل

(المواد الفعالة) ما يعادل المحتوى في 500 مل من حبوب الحديد.

وتحتوي على كل مل:

محلول الحقن/لتسرير الوريدي

يعطى تحت إشراف طبي

بصرف بوصفة طبية

زجاجة واحدة (10 مل)

عبر الويد

كل زجاجة واحدة من 10 مل  
تحتوي على 500 مل حديد



6 251065 043257

مترجم من شركة هيكما للأدوية، لبنان.  
أنتاج شركة بيبيوس، إيطاليا أو شركة آي دي في جايجنك، ألمانيا.  
تم توزيعه من قبل شركة هيكما، لبنان، الأردن.  
توزيع بروفيوجار، شركة مساعدة، المملكة العربية  
السلام - دولة قطر.

Sous licence de: Hikma pharmaceuticals, Jordanie  
Lieu de Fabrication: Berlin, Allemagne  
ou IOT Biologics GmbH, Allemagne.  
Lieu de commercialisation secondaire:  
Hikma Pharmaceuticals, Al-Mushatt, Jordanie.  
Distribué par: PROMOPHARM S.A.,  
Z.I. du Sahel, Had Soualem, Maroc.



هيكما  
PROMOPHARM ش.م

Z.I. du Sahel, Had Soualem - Maroc

## 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

Ne pas dépasser la dose prescrite

Tableau A  
(Liste I)

100/127

90-04-09

PAEK

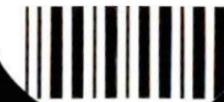
BADIA



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



LOT: 7389  
FAB.: 08/2020  
EXP.: 08/2023



2BXFIS501M-AF-01/2016