

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

- 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'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° W21-618550

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05787

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : OULMAATI Halima

Date de naissance : 01/11/1959

Adresse : Lot Al Anassir - n° 138 - Dar Bouazza

Village Pich - Casablanca

Tél. : 062783426

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/03/2020

Nom et prénom du malade : OULMAATI Halima

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Artère

IP P

dl

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) :

OULMAATI

Autorisation CNDRP 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
3/3/22				NIP : 010403 M

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DAR BOUAZZA ZAHZOUH Amine Dar Bouazza Cu'ed Jerrar BP 93 Tél. : 0522 29 61 74 - Dar Bouazza	3/3/22	5280

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

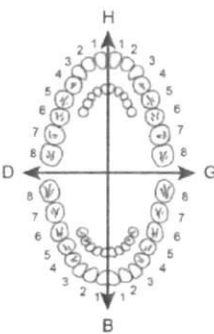
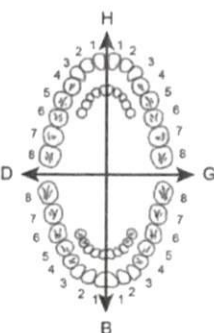
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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	NIP : <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 <table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <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> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
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

DOCTEUR Nadia R. CHAOUI
RHUMATOLOGUE

Spécialiste des Maladies des Os, des Articulations,
des Muscles et de la Colonne Vertébrale
Diplômée de la Faculté de Médecine
de Montpellier (France)
Ancienne Anochée des Hôpitaux de Montpellier

الدكتورة نادية الشاوي

إختصاصية في أمراض
الروماتيزم - العظام - المفاصل
العضلات و العمود الفقري
خريجة كلية الطب بمونبلييه (فرنسا)
طبيبة ملحقة سابقا بمستشفيات مونبلييه

Casablanca, le : 08/03/2022 : الدار البيضاء، في:

M. OUMMAATI H. H. H.

52.80

LETUM



Cher

Cher

20

PHARMACIE DAR BOUJAZZA

ZAHZOUKI Amina
Dar Bouazza Culturel 93 93

Tél.: 0522 29 01 74 - Dar Bouazza

البيضاء
الدكتور نادية الشاوي
Nadia R. CHAOUI
RHUMATOLOGUE
Bd. Abdelmoumen - Rue Abou Marouan
Abdelmalek Rés. Hicham 2ème Etage N°5
Tél.: 05 22 86 45 87 - Casablanca

شارع عبد المومن - زنقة أبو مروان عبد المالك - إقامة هشام - الطابق الثاني - رقم 5 - الدار البيضاء

Bd, Abdelmoumen - Rue Abou Marouane Abdelmalek - Résidence Hicham - 2ème Etage N° 5 - Casablanca

المحمول: 06 67 04 75 53 - GSM - هاتف العيادة: 05 22 86 45 87 - Tél. Cabinet

LOT : 1056
PER : MAI 2024
PPV : 52 DH 80

KETUM 2,5% gel
Kétoprofène
Tube de 60 g



Indications, contre-indications, précautions d'emploi : Lire attentivement la notice avant utilisation. Ce médicament doit être conservé à une température inférieure à 25°C. Ne pas laisser à la portée des enfants. Mode et voie d'administration : Voie locale. Faire pénétrer le gel par un massage doux et prolongé, sur la région douloureuse ou inflammatoire. Mises en garde spéciales : **Se laver soigneusement les mains après chaque utilisation.**

دواعي الإستعمال، موانع الإستعمال، احتياطات الإستعمال: اقرأوا هذه النشرة بانتباه قبل الإستعمال يجب الاحتياط بهذا الدواء في درجة حرارية تقل عن 25 مئوية. لا تتركوه في متناول الأطفال. كيفية وطريقة الإستعمال: الطريق الموضعي. يدهن المرمم بتدليك لطيف، على المنطقة المؤلمة أو الملتهبة إلى أن يتم امتصاصها كليا. تحذيرات خاصة: يجب غسل اليدين بعناية بعد كل استعمال.

Protéger les zones traitées par le port d'un vêtement pendant le traitement et les deux semaines suivant l'arrêt. Ne pas s'exposer au soleil (même voilé), ni aux UVA.

يجب حماية المناطق المعالجة بلباس خلال مدة العلاج بأكملها وخلال الأسبوعين المواليين لتوقيفه. لا تتعرضوا لأشعة الشمس (حتى ولو كانت السحب تحجبها) ولا للأشعة فوق البنفسجية.

Sous licence de :
A. MENARINI ILL and S. S.R.L.
Via Rosolino Pilo, 4 - 50100 FIRENZE - ITALIA

Fabriqué et distribué par :
PHARMACEUTICAL INSTITUTE
BP 4491, 12100, Ain El Aouda-Maroc
Mama SEDRATI Pharmacien Responsable I.M.

يصنع و يوزع من طرف :
مختبرات معهد الصيدلة
ص ب 4491 - 12100 عين العوده - المغرب
الصيدلي المسؤول: مريم الصدراتي

KETUM 2,5% gel
Kétoprofène
Tube de 60 g



NE PAS AVALER
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
لا يتناول
يجب احترام الجرعات المحددة

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE
Liste II



MENARINI INTERNATIONAL

كيتوم 2,5% مرهم
كيتوبروفين
أنبوب 60 غ

التركيبية:
• كيتوبروفين 2,5 غ
• المسوغات ك.ك.ل 100 غ
مسوغ دا تأثير ملحوظ: الكحول

COMPOSITION :
• Kétoprofène 2,5 g
• Excipients q.s.p 100 g
Excipient à effet notoire : Alcool

AMM N° 25/13.DMP/21/NRQ

KETUM 2,5% gel
Kétoprofène
Tube de 60 g

60 g de gel à 2,5% application locale



MENARINI INTERNATIONAL