

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

- 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° W21-619412

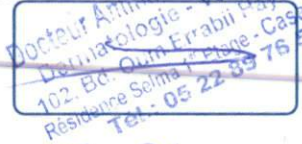
112866

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)


Matricule : 5009 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité
 Nom & Prénom : REGRAGUI Rachid
 Date de naissance : 29-06-1961
 Adresse : Immeuble 28 apt 5 Wajda Wiane Casablanca
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 14-02-21
 Nom et prénom du malade : Bel Rachid Zoubir Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : 32/04/2022

Signature de l'adhérent(e) : 

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 14/02/22 | | 350 | 216,25 | INP : 09832231 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| | 14/02/22 | 216,25 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| | 14/02/22 | 2500 | 600,- |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | 14/02/22 | | | | | 200,00 |

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 | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <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 | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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

Docteur Amina LATIFI EP HALLI

DERMATOLOGIE VENEROLOGIE

Ex. Médecin chef de l'hôpital Aïn Chock

- Maladies de la Peau, Cheveux, Ongles
- Maladies Sexuellement Transmissibles
- Cosmétique
- Allergologie
- Chirurgie de la peau
- laser



الدكتورة أمينة لطيفي حرم هلي

إختصاصية في الأمراض الجلدية والتناسلية
طبيبة رئيسية سابقا بمستشفى عين الشق

- أمراض الجلد والشعر والأظافر
- الأمراض التناسلية
- جراحة الجلد والأظافر
- التجميل
- العلاج بالليزر
- أمراض الحساسية

Casablanca le : 14-02-22 : الدار البيضاء في :

85/85
116,40
Fleassee gel = 500 up

14,50 2nd 2011 1008,

216,20
2011
cpa 15

216,20



Docteur Amina LATIFI EP HALLI
Dermatologue - Vénérologue
113 Bd Oum Rabii Hay Mazola
Résidence Selma 1er étage - Casablanca
Tél: 05 22 89 76 52

DUO MEDICAL
Résidence Abovab Oulfa - Casablanca
Magasin N° 4, 12 Oulfa - Casa
Tél: 05 22 91 08 52 / 05 22 91 08 53
GSM: 06 61 43 71 99

200,00

des Pigeons 1000

Docteur Amina LATIFI EP HALLI
Dermatologue - Vénérologue
113 Bd Oum Rabii Hay Mazola
Résidence Selma 1er étage - Casablanca
Tél: 05 22 89 76 52

دولبران® باراڤتامول 1000 ملغ

Doliprane® 1000 mg
PARACÉTAMOL
10 Comprimés



أقراص

b

بوتلي
82, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca
S. Benbouhdi - Pharmacien Responsable

COMPOSITION

Paracétamol 1000 mg, sous forme de paracétamol DC90 (1111,11 mg) pour un comprimé.

INDICATIONS

Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Peut être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose. Réservé à l'adulte et à l'enfant de plus de 15 ans : lire attentivement la "posologie". Pour les moins de 15 ans, il existe d'autres présentations. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

Doliprane® 1000 mg PARACÉTAMOL



COMPRIMÉ

b

bottu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca
S. Benbouhdi - Pharmacien Responsable

ADULTE
10 Comprimés

PPV: 14DH00
PER: 11/24
LOT: K3205

البروفان

عن طريق الفم

16 كبسولة



500 ملجم

فلوكلوكساسلين

فلوكلوكساسلين

PPV 85DH80

LOT 15010 3

EXP 08/2023

FLOXAM[®]

Flucloxacilline

500 mg

16 gélules Voie orale

21, RUE DES OUDAVA - CASABLANCA - MAROC

LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES

21, RUE DE L'ALGERIE - الدار البيضاء - المغرب

مطابق للمواصفات الصيدلانية للمغرب

البروفان

مطابق للمواصفات الصيدلانية للمغرب

البروفان

مطابق للمواصفات الصيدلانية للمغرب

مطابق للمواصفات الصيدلانية للمغرب

مطابق للمواصفات الصيدلانية للمغرب

مطابق للمواصفات الصيدلانية للمغرب

مطابق للمواصفات الصيدلانية للمغرب

مطابق للمواصفات الصيدلانية للمغرب

مطابق للمواصفات الصيدلانية للمغرب

مطابق للمواصفات الصيدلانية للمغرب

مطابق للمواصفات الصيدلانية للمغرب

6 118000 030232



FLOXAM[®] 16 gélules 500 mg

للإسقاط

عن طريق الفم

24 كبسولة



500 ملجم

فلوكساسيلين

فلوخم®

PPV 116DH40 LOT 150113
EXP 06/2023

FLOXAM®

Flucloxacilline

500 mg

24 gélules

Voie orale

21, RUE DES OUDAYA - CASABLANCA - MAROC
LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES
D'AFRIQUE DU NORD

مطابق المستحضرات الصيدلانية لمطابق الإفريقية
رقعة الأوداية - الدار البيضاء - المغرب
21

Laprophan

طريقة وكيفية الاستخدام
اقرأ النشرة قبل الاستخدام

الجرعات : حسب إرشادات الطبيب

دواعي الاستخدام - موانع الاستخدام - التحذيرات والنصائح

يحفظ في درجة حرارة 25 درجة مئوية

يحفظ بعيدا عن متناول ومراي الأطفال

النظر : النشرة كتيبة من المعلومات
السوا : المعلومات يتأثير : المعلومات

تحتوي هذه العبوة على 12 غ من الفلوكساسيلين

كلية كتيبة : كتيبة كتيبة : كتيبة كتيبة

500 مل : كتيبة كتيبة : كتيبة كتيبة

الرجاء



FLOXAM®
24 gélules 500 mg

Dr AZZOUZI SOUFIA

Médecin Anato-mo-Cytopathologiste
Ancien Professeur de l'Enseignement
Supérieur du CHU de Casablanca
D.U Dermatopathologie Université Paris XII



CABINET DE PATHOLOGIE OUM RABII
عيادة تشريح الخلايا والأنسجة أم الربيع

Casablanca le 14/02/2022

Nom et prénom : ZOUBIDA BELKAID

Date de réception : 14/02/2022

Facture N° 22/02088

| Nature du prélèvement | Cotation | Prix total | Marge | Net payé |
|-------------------------|----------|------------|-------|-----------|
| BIOPSIE EXERESE CUTANEE | P550 | 600,00Dhs | | 600,00Dhs |

Arrêtée la présence facture à la somme de Six cents Dirhams

Dr Soufia AZZOUZI
Dr AZZOUZI Soufia
Cabinet de Pathologie OUM RABII
102, Bd Oum Rabii - RDC B1
Rés. Selma - Hay Hassani - Casablanca
Tél: 0522 93 88 66 - Fax: 0522 93 87 52
ICE: 001806698000066 - INPE: 091024570

102 ,Bvd Oum Rabii Résidence Selma-RDC-B1-Hay hassani. Casablanca-20220.
Tél :0522 93 88 66 -Fax :05 22 93 87 52 E-mail :cpor102@gmail.com
IF :40399984 - ICE 001806698000066 -Taxe professionnelle :35091342
CNSS :8775077 - INPE :091024570 - Patente N°35091342

Dr AZZOUZI SOUFIA

Médecin Anatomo-Cytopathologiste
Ancien Professeur de l'Enseignement
Supérieur du CHU de Casablanca
D.U Dermatopathologie Université Paris XII



CABINET DE PATHOLOGIE OUM RABII
عيادة تشريح الخلايا والأنسجة أم الربيع

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE

De la part du Dr :

Nom et prénom du patient : Belkaid Zaid

Âge : 1961 Sexe : M

Date de prélèvement : 11-02-22

Renseignement cliniques et paracliniques :

Kératite chronique du corné

→ Biopsie

Organe prélevé :

Nature de l'acte réalisé :

Biopsie antérieure ☐ Oui ☐ Nom Réf :

FCV : ☐ Exocol ☐ Endocol

Date des dernières règles : Parité :

Thérapeutique antérieure ou en cours :

Signature & Cachet



DUO MEDICAL

Equipelement Médical, Paramédical
Orthopédie, Appareil diabète,
Chirurgical, Parapharmacie

Facture N° : 2022044

MME BEL KAID ZOUBIDA

DATE

CLIENT

PAGE

14/02/2022

P004

1

CASABLANCA

| RÉFÉRENCE | DÉSIGNATION | QUANTITÉ | Prix Uni. TTC | Montant TTC | % TVA |
|-----------|--------------------|----------|---------------|-------------|-------|
| SYP009 | ORTHESE DU POIGNET | 1 | 200.00 | 200.00 | 20.00 |

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A L SOMME DE :

deux cents dirhams

DUO MEDICAL
Résidence Abouab Oum Errabii
Magasin N° 9 - El Oulfa - Casablanca
Tél: 0522 91 08 52 / 0522 91 08 53
GSM: 06 61 43 71 99

TOTAUX

H.T. : 166.67

T.V.A. : 33.33

NET A PAYER

200.00



Résidence Abouab Oum Errabii Magasin N°9
Hay El Oulfa - R.C. Casa N° 78177 - T.V.A N° 732935
Taxe professionnelle N° 35004577 - I.F. N° 02221469
C.N.S.S. N° 2570697 - I.C.E. N° 001657783000024
Compte N°0109400001200143 (agence BMCI Casa Hay Hassani)

Tél.: +212 522 90 40 34
+212 522 91 08 52
Fax : +212 522 91 08 53
Lhaj-hamid@hotmail.fr

Date de réception : 14/02/2022
Date de réponse : 17/02/2022
Sexe : F
Age : 61 ans

N° d'examen : H22021481
Nom et Prénom : Mme BELKAID ZOUBIDA
Médecin traitant : Dr AMINA LATIFI

Nature du prélèvement : KYSTE.

Renseignements cliniques : Kyste trichilemmal du cuir chevelu.

COMPTE RENDU ANATOMO PATHOLOGIQUE

-Macroscopie :

Kyste de 02g, il mesure 1,7x1,4cm, il est d'aspect blanchâtre, à paroi épaisse et à contenu pâteux.

Dans le même flacon, il est parvenu un fragment hémorragique de 2x1cm.

-Microscopie :

L'examen microscopique montre une paroi kystique revêtue d'un épiderme sans couche granuleuse.
Le contenu correspond à une kératine compacte avec des calcifications.

Le fragment à part correspond à un tissu dermique avec l'assise basale.

CONCLUSION :

Aspect histopathologique d'un kyste trichilemmal d'exérèse complète.

Absence de signes histologiques de malignité.

Dr Soufia AZZOUZI
Cabinet de Pathologie OUM RABII
102, Bd Oum Rabii, Rabii
Rés. Selma - Hay Hassani - Casablanca
Tél: 0522 93 88 66 - Fax: 0522 93 87 52
ICE: 001806698000066 - INPE: 091074570