

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- N° 004907

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 300 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Tahini Halika
 Date de naissance : 16/07/1956
 Adresse : 7, Rue Qualili Harf 20380
 Tél : 05 22 98 38 63 Total des frais engagés : 764,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : ANAS HALKA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : ADK
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
20/09/2022		9	300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/09/2022	469,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

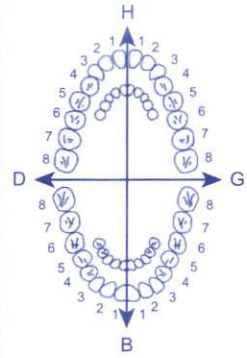
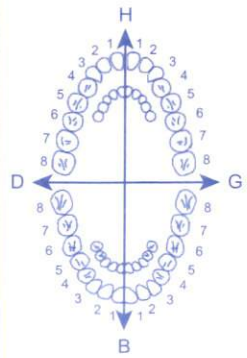
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
																	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES			DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RADIOTHERAPIE PAR VMAT (IMRT - IGRT - ARCTHERAPIE) - RADIOCHIRURGIE
RADIOTHERAPIE STEREOTAXIQUE - 2 CLINACS EN MIROIRS - SCANNER BIG BORE - RADIOTHERAPIE METABOLIQUE
CURIETHERAPIE A HAUT DEBIT DE DOSE (HDR) - CHIMIOTHERAPIE - CHIMIOTHERAPIE INTRA PERITONEALE (CHIP) - HOSPITALISATION

العلاج الإشعاعي المطور الموجه بالصور - معجل الإلكترونات حامل للسكران - الجراحة الإشعاعية
العلاج الإشعاعي الباطني و الفياض - الإشعاعي النووي - العلاج الكيميائي الباطني - الإستشفاء

CASABLANCA, LE 20/09/2022

الدكتور سعيد تاشفين
Docteur Said TACHFINE

أخصائي في العلاج بالمواد الكيميائية
ONCOLOGUE MEDICAL

Me. Dr. Said Tachfine

1) **SV** 338,00
Sep 2020 750
17/05/2021

2) **SV** 26,20 x 3
Gente men 1600
4780 1 ypl ± 7/1 - 03/1

3) **SV** Da sen 1000
464,40 2 y 13/1 - 05/1

Pharmacie
240, Bd Ibrahim Rouhani
Casablanca
Tél: 05 22 99 57 46

Centre de Traitement Al Kindy
Oncologie Médicale
Casablanca

www.centreakindy.ma | E-mail: alkindy.oncologie@centreakindy.ma | Patente: 35806396 | I.F: 01002283 | CNSS: 2026913 | ICE: 000 205 043 0000 17

المقر الرئيسي 2 و 4، زقاق يوسف الكندي شارع بوعسبة، الدار البيضاء معاريف، المغرب 20370 | Siège Social : 2 et 4, Rue Youssef Al Kindy - Bd. Ibn Sina - Casablanca Maârif - Maroc 20370

Accueil Général : +212 520 48 72 00 /01
: +212 522 39 33 33
Fax : +212 522 39 37 34

Secrétariat Radiothérapie : +212 520 48 72 02
Secrétariat Consultation Médicale : +212 520 48 72 03
Service Prise en charge et Devis : +212 520 48 72 04

Service Facturation : +212 520 48 72 07
Service Caisse : +212 520 48 72 09
Service Pharmacie : +212 520 48 72 20



أفريك - فار
AFRIC-PHAR

Zone Industrielle Ouest Aïn Harrouda
Route Régionale n° 322 (ex R.S 111)
Km 12.400 Aïn Harrouda 28 630 - Mohammedia, Maroc

ج. 160
جنتاميسين
للو حقن
مستحضر الحقن 4 مل

CONSERVER À TEMPÉRATURE NE DÉPASSANT PAS 25°C

NE PAS LAISSER À LA PORTÉE DES ENFANTS

Pour les autres mentions, lire la notice à l'intérieur.

Excipients q.s.p.

Gentamicine base (sous forme de sulfate).....

par ampoule

160 mg

4 ml

Tableau A
A. 1. 1. 1.

Ne pas utiliser si le produit est
déjà utilisé ou si le produit est

Gentamycine® 160 mg

Gentamicine

Llorente

Soluté Injectable 4 ml

LOT: 433 EXP: 04/24

PPV: 26DH20

Gentamycine® 160 mg

Gentamicine

Llorente

Soluté Injectable 4 ml

LOT : 436 EXP : 04/24

PPV: 26DH20



أفريك - فار
AFRIC-PHAR

Zone Industrielle Ouest Aïn Harrouda

Route Régionale n° 322 (ex R.S 111)

Km 12.400 Aïn Harrouda 28 630 - Mohammedia, Maroc

مستحضر للحقن 4 ملل

ج.ب. 160 ملل
جانتاميسين
للمرئتين
جانتاميسين

Ca médicament + GMS35358 -
DANGER
Ne pas utiliser chez les filles, adolescentes, femmes en âge de procréer ou enceintes, sauf en cas d'échec des autres traitements ou en l'absence d'alternative thérapeutique

Tableau A
A. 1. 4

Reporter les dates prescrites
A. 1. 4

Composition
Gentamicine base (sous forme de sulfate).....160 mg
Excipients q.s.p..... 4 ml
par ampoule
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants
Conserver à température ne dépassant pas 25°C

Gentamycine® 160 mg

Gentamicine

Llorente

Soluté Injectable 4 ml

LOT : 436 EXP : 04/24

PPV: 26DH20



أفريك - فار
AFRIC-PHAR

Zone Industrielle Ouest Aïn Harrouda

Route Régionale n° 322 (ex R.S 111)

Km 12.400 Aïn Harrouda 28 630 - Mohammedia, Maroc

مستحضر للحقن 4 ملل

ج.ب. 160 ملل
جانتاميسين
للمرئتين
جانتاميسين

Ca médicament + GMS35358 -
DANGER
Ne pas utiliser chez les filles, adolescentes, femmes en âge de procréer ou enceintes, sauf en cas d'échec des autres traitements ou en l'absence d'alternative thérapeutique

Tableau A
A.1.4

Reporter les dates prescrites
A.1.4

Composition
Gentamicine base (sous forme de sulfate).....160 mg
Excipients q.s.p..... 4 ml
par ampoule
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants
Conserver à température ne dépassant pas 25°C

Composition :
Chaque comprimé pelliculé : 750 mg
DCI : ciprofloxacine
(sous forme de chlorhydrate monohydrate : 874,5 mg)
Excipients : q.s.

مكونات
كل قرص ملبس يحتوي على
ت.ع.م : سيروفلوكساسين
(على شكل كلوريدرات أحادي النيه : 874,5 ملغ)
سواغات
كمية كافية

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Conserver ce médicament à une température ambiante.
Sous ordonnance médicale.
Lire attentivement la notice avant l'utilisation de ce médicament.
Tableau A (Liste I).

يترك بعيدا عن متناول وعي الأطفال
يجب تخزين هذا الدواء في ظروف الحرارة الاعيادية
تحت وصفة طبية
يجب قراءة التعليمات بعناية قبل استخدام هذا الدواء
الجدول أ (اللائحة I)

سييلسين 750[®] ملغ

سيروفلوكساسين

علبة من 10 أقراص ملبسة
عن طريق الفم

يجب احترام الجرعات الموصوفة

SEPCEN[®] 750 mg

ciprofloxacin

10 comprimés pelliculés



6 118000 230199

Laboratoire Pharmaceutique IBERMA

ZI - Lot 149, Had Soualem

Province de Berrechid, Maroc

Pharmacien responsable : Nadia IBNTABET

AMM N°284/16 DMP/21/NRQ

المختبر الصيدلاني إبيرما
م.ص - رقم 149، حد السوالم
إقليم برشيد، المغرب
الصيدلي المسؤول : نادية ابن تابت

SEPCEN[®] 750 mg

ciprofloxacin

LOT : 06021001
PER : 10/2024
PPU : 338,00 DH

Boite de 10 comprimés pelliculés

Ne pas dépasser les doses prescrites

Voie orale



IBERMA

دازين 10.000 وحدة سرابتاز

47, 80

40 قرصا ملبسا
معدى - مقاوم
عن طريق الفم



مختبرات سنتفديك

20 - 22 زقة زير بن العوام
الصخور السوداء - الدار البيضاء



DASEN® 10 000 UI
Serrapeptase
40 Comprimés enrobés gastro-résistants

PPV :

EXP :

Lot N° :

CENTRE DE TRAITEMENT AL KINDY

CASABLANCA

0522 39 33 33 LG

Reçu de caisse

Identifiant patient

Nom du patient

**Date
encaissement**

F-06-01-043-049

MALIKA OUNAS

20/09/2022

Mode paiement

Motif/Référence de paiement

**Montant
Dhs**

Espèces

Contrôle

300.00

Reçu établi par amine.i