

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

- 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 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° W21-786816

153137

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13119 Société : Royal Air Maroc

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre** :

Nom & Prénom : Bourfaoui Farah

Date de naissance : 02/12/1991

Adresse : 22 Rue Toubroch Apt 5 Hassan RABAT

Tél. : 0670620806 Total des frais engagés : 699,88 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/02/2023

Nom et prénom du malade : Bourfaoui Farah

Age : 31

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : infirmité congénitale / Trait fracture de la main gauche

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

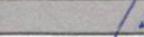
Le : 17 / 02 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
11/02/2019	F11		532,87	INP : [] [] [] [] [] [] [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DOHOKO Bouskoura Casablanca 08 22 59 23 15	14/2/23	16700

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

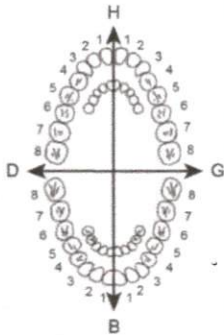
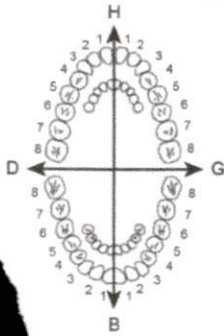
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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"/>												
	<div style="text-align: center;"> <p>H</p> <table border="1"> <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></td> <td>B</td> </tr> </table> </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553		B	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
		B														
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>															
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>											
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



2302111804070.

10581

11 février 2023

Mme BOURFOUN FARAH

16722
1/ SAPHIR 1 G

1 s * 3 f / jr pdt 6 jrs

2/ CODOLIPRANE

Un comprimé deux fois par jour pendant cinq jours

3/ SAT

1 inj en SC

Universitaire International Mohammed VI
Dr. BERTUL AZIZ
Médecin chef de service des urgences
4187334

S.V.

PHARMACIE CENTRE HOSPITALO
UNIVERSITAIRE BOUSKOURA
Ouled Ben Amar Lamsalha Bouskoura
N° 1 placeur Casablanca
Tél : 05 22 59 23 15

Universitaire International Mohammed VI
Dr. BERTUL AZIZ
chef de service des urgences
4187334



090063728

SAPHIR®

Amoxicilline
/Acide clavulanique



1g / 125 mg

Voie orale

Poudre pour suspension buvable en sachet

24 x

Adultes



Ne pas laisser à la portée et à la vue des enfants
لا يترك في متناول ومراى الأطفال

Lire attentivement la notice avant utilisation
يجب قراءة النشرة بتمعن قبل الإستعمال

A conserver à l'abri de l'humidité et à une température ne dépassant pas 25°C

يجب حفظ هذا الدواء بعيدا عن الرطوبة وتحت درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية

AMM N° 303/17 DMP/21/NNPR



41, Rue Med Diouri,

20 110 Casablanca

Amina Daoudi : Pharmacien responsable

أمينة الداودي : الصيدلي المسؤول

Saphir® 1g/125 mg
24 Sachets



6 118000 082576

100275
10/17

١٨

سفير

أموكسيسيلين
/ حامض كلافلانيك

125/ 1 غ مغ

عن طريق الفم



مسحوق لأجل محلول للشرب

24 x

للبار



Composition :

Amoxicilline.....1g

(sous forme d'hydrate)

Acide clavulanique.....125mg

(sous forme de clavulanate de potassium et silicone dioxide)

Excipients.....q.s.p un sachet

Excipients à effet notoire : Potassium, Saccharose, Sodium.

Rapport Amoxicilline-Acide clavulanique : 8/1

التركيبية :

أموكسيسيلين.....1g

(على شكل هيدرات)

حامض كلافلانيك.....125mg

(على شكل كلافلانات البوتاسيوم وثاني أكسيد السيليكون)

سواغ : لك.ل.كيس

سواغات ذات تأثير معروف : بوتاسيوم، سكروز، صوديوم

نسبة أموكسيسيلين/حامض كلافلانيك : 8/1

جدول A (لائحة I) (Tableau A)

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترموا الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance

لا يسلم إلا بوصفة الطبيب

85x68x55

PPV : 167DH00
PER : 12-24
LOT : K2562

اتبع نصائح الطبيب أو الصيدلي

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

F A C T U R E

2300232112

N° : 5953 / 2023 du 11/02/2023

Nom patient	BOURFOUN FARAH	Entrée	11/02/2023
	PAYANTS	Sortie	11/02/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
Consultation exclusive d'urgentiste	1.00		300.00	300.00
Radiographie de la main sous une inciden	1.00		180.00	180.00
Supplement pour incidence radiographique	1.00		50.00	50.00
			<i>Sous-Total</i>	530.00
PHARMACIE (en sus)	1.00		2.88	2.88
			<i>Sous-Total</i>	2.88
Total Clinique				532.88

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CINQ CENT TRENTE-DEUX DIRHAMS QUATRE-VINGT-HUIT CENTIMES

Total 532.88

024599060
HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI
RUE P3011 BOUSKOURA, CASABLANCA, MAROC
Tél: +212 5 29 09 11 11 / +212 5 29 09 22 22 Fax: +212 5 29 06 09 77 / +212 5 29 06 09 79



2302111804070.

BOURFOUN FARAH

Admission du : samedi 11 février 2023

Ordonnance

(11/02/2023,11/02/2023) CONSULTATION _SO_ [DR. BERTULAZIZ]

Date Prescription	Libelle	Qte	Praticien
11/02/2023	Radiographie de la main sous une incidence	1	DR. AMIALI
11/02/2023	Supplement pour incidence radiographique supplempe	1	DR. AMIALI
<div><p>Hôpital Universitaire International Mohammed VI</p><p>Dr. BERTULAZIZ</p><p>Médecin chef de service des urgences</p><p>101187534</p></div> <div><p>Hôpital Universitaire International Mohammed VI</p><p>Dr. BERTULAZIZ</p><p>Médecin chef de service des urgences</p><p>101187534</p></div>			



090063728

Nom du patient: BOURFOUN FARAH
Type d'examen: Radiographie de la main
Médecin traitant:

Date: 11/02/2023

:

Rx MAIN G FACE ET PROFIL

RESULTATS :

Doute sur un trait de fracture de la tête de P3 du 2^{ème} rayon vue sur une incidence de profil.

Minéralisation osseuse normale.

Interligne articulaire respectée.

Surfaces articulaires régulières.

Absence de calcifications des parties molles.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr HABI**

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr. HABI
Radiologue