

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

- Reclamation : 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° W21-699089

168860

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

7176

Société :

RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

FARISSI REDOUANE

Date de naissance :

07/03/1964

Adresse :

HAY AL WILIA TR 16 IN 1 AP 20 SET 2
CASABLANCA

Tél. :

0671792579

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

KARIM FARIHA

Age :

18/09/1967

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

infirmité physique - handicap

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie a 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 :

07/07/2023

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
07.07.2023	C1	1	150 000	NP : 091041582

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA SANTE 2, Imm. 8 Sect. 7 Lot Attar Sidi Moumen	17/12/2023	266,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

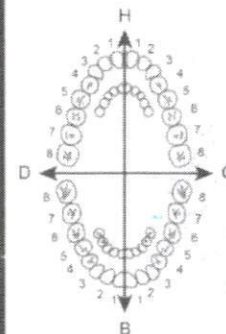
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

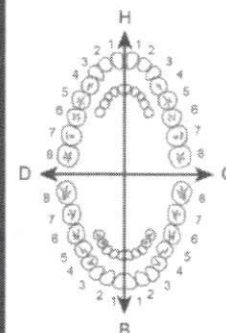
VOLET ADHERENT

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

SOINS



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

D	G
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mouna CHERQAOU

MEDECINE GENERALE

D.U. d'échographie

C.U. de gynécologie médicale

D.U. en Diabétologie

D.U. Diététique Médicale et Nutrition



الدكتورة منى الشرقاوي

الطب العام

د. الفحص بالصدى

ش.ج. طب النساء

د.ج. في مرض السكري

د.ج. التغذية والحماية الطبية

Casablanca, le 07/07/2023 في الدار البيضاء،

Mme Farissi Fatiha

OFIKEN 200

1 comprimé, matin et soir, au milieu des repas, pendant 10 jours

FLUOMIZIN

1 ovule le soir au coucher

SPASFON

1 comprimé, 3 fois par jour, avant les repas

170,00
96,40
266,40

Dr. Mouna CHERQAOU
Attacherok, Secteur 2, Tranche 3 Imm. 10
Appt 3 - 1er Etage - Tél.: 05 22 71 24 14 / 06 93 07 15 89

Attacherok, Secteur 2, Tranche 3 Imm. 10
Appt 3 - 1er Etage - Tél.: 05 22 71 24 14 / 06 93 07 15 89

Appt 3 - 1er Etage - Tél.: 05 22 71 24 14 / 06 93 07 15 89

Tél.: 05 22 71 24 14 / 06 93 07 15 89

WhatsApp: 06 75 47 89 88

MP: 091041582

PHARMACIE DE LA SANTE
HADDY
N° 2, Imm. 8 Sect. 7 Lit. Attacherok
Sidi Moumen - Casablanca

380957

Un comprimé contient 10 mg de
Chlorure de déqualinium.

Excipients: Lactose monohydraté, stéarate de
magnésium, cellulose microcristalline.

Excipient à effet notoire: Lactose monohydraté

Ne pas conserver au-dessus de 30 °C.

Tenir hors de la portée des enfants.

وصفة العقار فليوميزين

10 ملغرام ديكوالينيوم كلوريد

6 أقراص مهبلية

مصنعة من: روتندورف فارما المحدودة
أوستنفلدر شتراسه 51-61،
59320 أننغيرلوه، ألمانيا
لصالح شركة: مدينوفا المساهمة، سويسرا

medinova

يحتوي القرص على: 10 ملغرام ديكوالينيوم كلوريد

مواد إضافية لكل قرص: لاکتوز أحادي التتمية

السليلوز الباليوري الدقيق، ماغنيسيوم ستيراييت

سواغ ذو تأثير فعال. لاکتوز أحادي التتمية

لا تخزن فوق 30 درجة مئوية يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال

Distribué par: ZENITHPHARMA

96, Zone Industrielle Tassila Inezgane

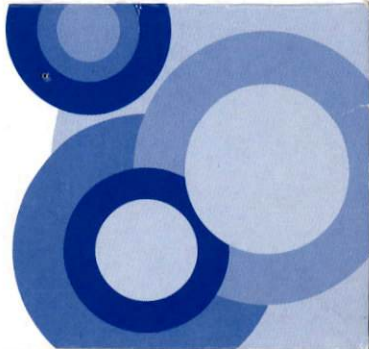
Agadir-Maroc

Dr. M. EL BOUHMADI, Pharmacien Responsable

AMM N°: 24/18DMP/21/NRQ

P.P.V.: 96,40 DHS

311531



Respecter la dose prescrite

لا تتجاوز الجرعة المحددة

Tableau C (Liste II)

Sur prescription médicale

Fluomizin®

Chlorure de déqualinium 10 mg

6 comprimés vaginaux

Fabriqué par: Rottendorf Pharma GmbH
Ostenfelder Str. 51-61, 59320 Ennigerloh, Allemagne
Pour: Medinova AG, Suisse

medinova



Fluomizin®

380122

Lot



OFIKEN®

Céfixime

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

- Elle contient des informations importantes sur votre traitement.
- Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un cas de symptômes identiques, car cela pourrait lui être nocif.
- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

DENOMINATION :

OFIKEN® 200 mg, comprimés pelliculés.

OFIKEN® 100 mg/5 ml, poudre pour suspension buvable.

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE :

OFIKEN® 200 mg, comprimés pelliculés

Céfixime trihydraté, quantité correspondant à céfixime anhydre

Excipients

OFIKEN® 100 mg/5 ml, poudre pour suspension buvable

Céfixime trihydraté, quantité correspondant à céfixime anhydre

Excipients

FORME PHARMACEUTIQUE ET PRESENTATION :

OFIKEN® 200 mg, comprimé pelliculé, boîtes de 8 et 16.

OFIKEN® 100 mg/5 ml :

Poudre pour suspension buvable en flacon de 30 ml soit 150 doses-kg

Poudre pour suspension buvable en flacon de 60 ml soit 300 doses-kg

Poudre pour suspension buvable en flacon de 100 ml soit 500 doses-kg

Toutes les présentations peuvent ne pas être commercialisées.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE :

Antibiotiques de la famille des bêta-lactamines du groupe des céphalosporines de 3^{ème} génération.

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Comprimé pelliculé :

Ce médicament est indiqué dans le traitement des :

- Otites et sinusites aiguës,
 - Infections bronchiques et pulmonaires,
 - Certaines infections urogénitales.
- Poudre pour suspension buvable :
- Ce médicament est indiqué chez l'enfant de plus de 6 mois, dans le traitement des :
- Infections bronchiques et pulmonaires,
 - Otites moyennes aiguës,
 - Certaines infections urinaires.

ATTENTION !

a) Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament ?

- Poudre pour suspension buvable et comprimé pelliculé :
- Allergie connue aux antibiotiques du groupe des céphalosporines, ou à l'un des excipients de ces médicaments.
- Comprimé pelliculé :

LOT 230781 1
EXP 02 25
PPV 170.00 DH

65110