

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

- 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



178164
Déclaration de Maladie : N° S19-0051300

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13132 Société : Royal Air Maroc
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SEKKAÏ Zineb Date de naissance : 15/11/1990
Adresse : 650 Bd Ned S Des Accro Imm G Apt 635 Cas
Tél : 06 61 35 19 45 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Nadia BOUGA
Gynécologue - Obstétricienne
152, Bd. Ba Hmad
6522409740/44

Date de consultation : 07/09/2023
Nom et prénom du malade : SEKKAÏ Zineb Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : AFFECTION Gyn
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 : 07/09/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
07/09/2023	Σ		250	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/09/2023	303,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

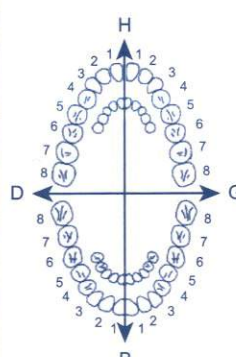
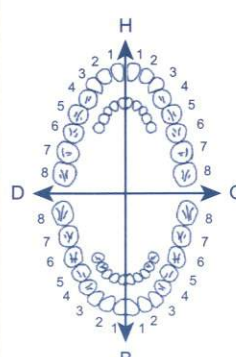
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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															
				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>			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																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 Bouga

Gynécologue - Obstétricien

DIPLÔME D'ETAT DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE L'U.L.B. A BRUXELLES
ANCIEN ASSISTANT DES HÔPITAUX
DE BRUXELLES

الدكتورة نادية بوغا
إختصاصية في أمراض النساء والتوليد

خرجة كلية الطب بروكسيل
طبيبة سابقة بمستشفيات بروكسيل

07/09/2023
Casablanca, le : في: الدار البيضاء

we SEKKAT zuch

116.40
① Floxa 500mg



we 24
+ bu e 12

2
187.00

② EMULSION
reparative de la



303,40

PHARMACIE OLYMPIA
55 Rue Sijilmassa
Belvédère - Casablanca
Tél: 05 22 40 97 44

Dr Nadia BOUGA
Gynécologue - Obstétricienne
152, Bd. Bahmad
Tél: 05 22 40 97 44

عن طريق الفم
24 كبسولة



500 ملج

فلوكساسيلين

فلو س ا م

PPV 116DH40
LOT 320133
EXP 05/2025

FLOXAM[®]

Flucloxacilline

500 mg

24 gélules

Voie orale

AMM N° 66/20 DMP/21
Uniquement sur ordonnance

فقط على وصفة طبية

NE PAS DÉPASSER LA DOSE PRESCRITE

لا تتجاوز الجرعة الموصوفة

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION :
lire la notice avant utilisation

Se conformer à la prescription du
médecin.
POSOLOGIE :

INDICATIONS - CONTRE-INDICATIONS :
Voir notice

A conserver à une température ne
dépassant pas 25° C

TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA
VUE DES ENFANTS

Excipient à effet notoire : Sodium
Voir notice pour plus d'information

Cette boîte contient 12 g de
Flucloxacilline

COMPOSITION :
Flucloxacilline 500 mg
(sous forme sodique monohydrate)
Excipients : q.s.p. 1 gélule

IDEMCO

ADDAX

EXPERT
FACE & BODY

Réparation



Emulsion réparatrice

Damaged skin

Repairing cream
Strong, intense
and quick healing
Concentrated cream
enriched with CPP*

EMULSION REPARATRICE
LOT : DWS22
EXP: 07/2026
PPC: 187.00D H

CICA B5



3 595894 852752

INDICATION

Damaged skin of the face and the body.

PROPERTY

The original and concentrated formula of repairing cream quickly repairs wounded skin.

INSTRUCTION FOR USE

Apply twice a day to the wounded areas for one week. Renew if necessary. For external use only.

Aqua, petrolatum, cetearyl alcohol, Isopropyl Myristate, calcium pantothenate, ceteareth - 33, dipropylene glycol, citric acid, allantoin, zinc Pca, calendula officinalis extract, Centella asiatica extract, sodium cetearyl sulfate, sodium lauryl sulfate, cyclopentasiloxane, methylparaben, Bisabolol, imidazolidinyl urea, Polyacrylamide, propylparaben, C13-14 isoparaffin, potassium glycyrrhizate, dimethiconol, laureth - 7 Urea, benzyl alcohol, glucose, Guanidine HCL, phenoxyethanol, cysteine, methylchloroisothiazolinole, Butylparaben, ethylparaben, isobutylparaben, tripeptide - 1, methylisothiazolinone.

*CPP : Collagen Potentiating Peptide.

50 ml e



Distributed :
Laboratoire ADDAX MAROC
Avenue Stendhal. RES BENBER. CASABLANCA
www.addaxmaroc.com