

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° W21-813997

180685

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12318 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : DERIAOUI ABERRAHIM
 Date de naissance : 28-07-85
 Adresse : PES. NOT HOUSE VILLAS2
DAR - BNAZZA - CASA
 Tél. : 0660195964 Total des frais engagés : 650,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

MADRI FATIMA EZZAHRI
Gynécologue - Obstétricienne
47, Bd. Oued Laou, Lot M. Salmi
Appt. 8, 1er Etage - Hay Hassar
Casa - Tél. : 06 75 07 41

Date de consultation : 10/08/2023
 Nom et prénom du malade : Fatima Chakarnou Age : 36ans.

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Dystrophie myotonique

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 : CASA Le : 11/08/2023
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

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
10/08/2023		2	300,00	INP : [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
[Signature]	10/08/2023	350,00

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	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [Signature]														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []														
				MONTANTS DES SOINS []														
				DEBUT D'EXECUTION []														
				FIN D'EXECUTION []														
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 colspan="2">D</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		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 MADRI Fatima Ezzahra

Spécialiste en gynécologie

Obstétrique

Lauréate de la faculté de médecine de Casablanca

Diplômée des facultés de médecine d'Angers et Clermont-Ferrand France

Ancien médecin interne aux hôpitaux de paris



الدكتورة فاطمة الزهراء مضري

أخصائية في طب و جراحة أمراض النساء و التوليد

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء و اونجي فرنسا

طبيبة سابقة بقسم الولادة و بقسم جراحة سرطان المرأة في مستشفى ابن رشد

طبيبة سابقة في مستشفيات باريس

ORDONNANCE MÉDICALE

Le: 10/08/2023

Nom & Prénom: Fatwa Chakroun

222,00

1) Augmentin 1g
1 cachet x 3j ptt 8j

100,00

2) EnteroGerminop
1 amp x 3j

28,00

3) Acridum
1 amp x 2j

350,00

Dr. MADRI FATIMA EZZAHRA
Gynécologue - Obstétricienne
47, Bd. Oued Laou, Lot Missimi
Appt. 8, 1^{er} Etage, Hay Hassani
Casablanca - Tél.: 06 75 02 81 82



AUGMENTIN
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

1g/125 mg
Sachets

..... sachet(s) fois par jour, à
prendre de préférence au début des repas,
pendant jours.

Lire la notice attentivement avant emploi.

...كيس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ...يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 222,00 DH
LOT: 651423
PER: 01/25



Augmentin est une marque déposée
des sociétés du Groupe GlaxoSmithKline



AUGMENTIN
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

1g/125 mg

Composition :

Amoxicilline 1g
(sous forme trihydratée)
Acide clavulanique 125mg
(sous forme de clavulanate de
potassium).
Contient de l'aspartam (environ 30mg).

Mise en garde spéciale : risque
d'allergie.

Voie orale

Tenir hors de la portée et de la vue
des enfants.

**Conserver à une température
inférieure à 25°C** et à l'abri de
l'humidité.



B200970-01

gsk

AUGMENTIN
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

1g/125 mg

24 SACHETS

**poudre pour
suspension
buvable
en sachet**



أوغمنتان 1 غ / 125 ملغ
أموكسيسيلين/ الحمض كلافولانيك
مسحوق لمستعلق في كيس قابل للشرب

AUGMENTIN 1 g/125 mg ○
24 sachets



6 118000 161042



Crème

AGIDERM®

AGIDERM® 2%
Crème

Tube de 15 g



6 118001 010202



المختبر الصيدلي نوفوفارما

م.ص تيط مليل الدار البيضاء - المغرب
AMM N°: 549R1/17 DMP /21/ NRQ

أجيدرْم

مرهم

الفوسيديك 2%

عن طريق الجلد

15 جم



Fabriqué par le

Laboratoire Pharmaceutique NOVOPHARMA
Z.I 12 Tit Mellil Casablanca - Maroc

مصنع من طرف المختبر الصيدلي نوفوفارما
الدار البيضاء - المغرب

No pas avaler

لا يبتلع

احترم الجرعات الموصوفة
Respecter les doses prescrites

Tableau A Liste I

LOT : 336
PER : 12/25
PPV : 28,00 DH

ETLAGI01V01

Dr MADRI Fatima Ezzahra

Spécialiste en gynécologie
Obstétrique

Lauréate de la faculté de médecine de Casablanca

Diplômée des facultés de médecine d'Angers et Clermont-Ferrand France

Ancien médecin interne aux hôpitaux de paris



الدكتورة فاطمة الزهراء مضري

أخصائية في طب و جراحة أمراض النساء و التوليد

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء و اونجي فرنسا

طبيبة سابقة بقسم الولادة و بقسم جراحة سرطان المرأة في مستشفى ابن رشد

طبيبة سابقة في مستشفيات باريس

ORDONNANCE MÉDICALE

Le: 10/08/2023

Nom & Prénom: Fatima Chkennou

Echo endovaginale

- Utérus de taille & structure régulière
cœur d'un myome
type 6 P100 de 6 cm.
- Ovaries dt et gch: PAS

Dr. MADRI FATIMA EZZAHRA
Gynécologue - Obstétricienne
47 Bd Oued Laou - Lot Missimi
1er ETG - Hay Hassani
Casablanca
Tél: 06 75 02 81 82

Fixe: 05 20 56 51 51 - Urgence: 06 75 02 81 82 - Email: fatimaezzahramadri@gmail.com
Adresse: 47, Émeraude center, Bd Oued laou (en face de marjane hay hassani - station Afrikaia),
lotissement missimi, 1er ETG, Appt 8. Hay hassani

