

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-813997

180685

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Matricule : 12318

Société : RAM

### Actif

### Pensionné(e)

### Autre :

Nom & Prénom : DERICKA SOUAD ABDELLAH

Date de naissance : 28-07-85

Adresse : RES. AÏT MOUSSÉ VILLA 52

DAR - BOU AZZA - CASA

Tél. : 0660195964

Total des frais engagés : 650,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

MADRI FATIMA EZZAHRA  
Gynécologue - Obstétricienne  
41, Bd. Oued Laou, Lot M SIDI  
Appt. 8, 1er Etage - Hay Hassar  
Casa - Tél. : 06 75 02 RT

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/08/2023

Nom et prénom du malade : Fadwa Chakroun

Age : 36 ans.

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

**MUPRAS**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous un pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

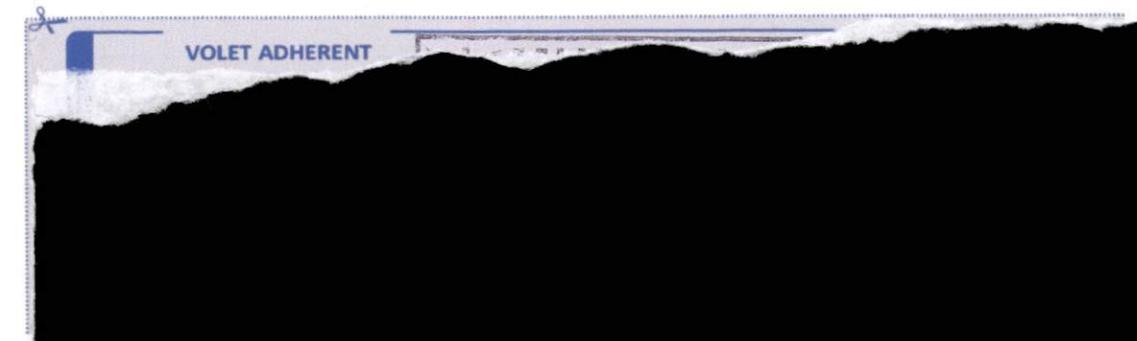
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection de la vie privée et personnelle.

Fait à : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

M 30 OCT. 2023

11/08/2023



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Chacnet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU COEUR Nay Sidi Maatrouf 05 22 58 31 25	10/08/2023	350,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, 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"/>												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
	G															
				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																

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 والتوليد

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء و أونجي 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 chakourou

222,00

1) Augmentin 1S  
1 coquet x 3ij pft 8ij.

100,00

2) Enterofermina

1 amp x 3ij

28,00

3) Aciclovir

1 amp x 2ij

350,00

Dr MADRI FATIMA EZZAHRA  
Gynécologue - Obstétricienne  
47, Bd. Oued Laou, Lot Missimi  
Appt. 8, 1er Etage, Hay Hassani  
Casa - 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 Afriquia),  
lotissement missimi, 1er ETG, Appt 8. Hay hassani

# 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**

PPU: 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'aspartame (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

# AUGMENTIN

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

1g/125 mg

**24 SACHETS**

**poudre pour suspension buvable en sachet**



أوغمنتان 1 غ/125 مل.

اموكسيسيلين/الحمض كلافوليك

مسحوق لمستحلب 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

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

ETLAG101V01

Ne pas avaler

لا يمْتَنع

احترم الجرعتين الموصوفة  
Respecter les doses prescrites

Tableau A Liste I



المختبر الصيدلاني نوفوفارما  
م.ص تيط مليل الدار البيضاء - المغرب

مرهم

عن طريق الجلد

الفوسيديك 2%

15 جم

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



Fabriqué par le  
Laboratoire Pharmaceutique NOVOPHARMA  
Z.I I2 Tit Mellil Casablanca - Maroc

مصنوع من طرف المختبر الصيدلاني نوفوفارما  
الدار البيضاء - المغرب

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 أونجي فرنسا

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

طبيبة سابقة في مستشفيات باريس

## ORDONNANCE MÉDICALE

Le: 10/08/2023

Nom & Prénom: Fatima Chkermann

Echos endovaginale

- Utérus de taille 2  
structure régulière  
avec 3 um normale  
type 6 PGO de 6 cm.
- Ovaries fl et ogy: PAS

Dr. MADRI FATIMA EZZAHRA  
Gynécologue - Obstétricienne  
47 Bd Oued laou, Lot Missimi  
Casab - 106750281  
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 Afrique),  
lotissement missimi, 1er ETG, Appt 8. Hay hassani

