

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 l'I
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

M23-012366

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **05683** Société : **R.A.M.**

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : **RACHIDI Nassim**

Date de naissance : **05.08.1960**

Adresse : **066137267**

Tél. : **066137267** Total des frais engagés : **931,60** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **13 FEV. 2024**

Nom et prénom du malade : **KRIOUCH KHADIJA** Age :

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

Nature de la maladie : **APP cervicale**

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :


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 : Le :/...../.....

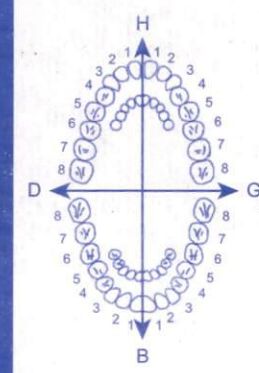
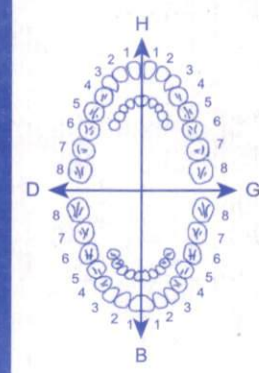
Signature de l'adhérent(e) :

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
13 FEV 2024	S		300	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/02/24	139.60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	21/02/24	1545	500.00

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><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">G</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	G		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D																		
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	G																		
	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"/>																	

Docteur Brahim EL WAFI

SPECIALISTE EN O.R.L.

Maladies et Chirurgies du :
Nas - Gorge - Oreille - Face et Cou

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Sur Rendez-Vous

الدكتور إبراهيم الوافي

إختصاصي في أمراض وجراحة
الأنف - الحنجرة - الأذن - الوجه والعنق

خريج كلية الطب بباريس

بالموعد

13 FEV. 2024

Casablanca, le في الدار البيضاء،

DRIOU CH KHADIJA

131.60 - spectrum 500

A q 2x2 - pd 10 g

Dr. Brahim EL WAFI
Spécialiste en O.R.L.
Angle Rues Rodin et Mohamed Abdou
Tél: 0522 25 14 67
INPE: 092017547

Dr. Brahim EL WAFI
Spécialiste en O.R.L.
Espace Erreda 52 Bd Zerkouni Etage 1
(Face Marché des Fleurs) Casablanca
Tél: 0522 22 61 17 / 0522 47 12 44

عمارة الرضا - 52 شارع الزرقطوني - الطابق الأول (أمام سوق الورود) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 22 61 17 / 05 22 47 12 44 - الفاكس : 05 22 22 61 77

Espace Erreda - 52, Bd Zerkouni - 1er Etage (Face marché aux Fleurs) - Casablanca - Tél. : 05 22 22 61 17 / 05 22 47 12 44 - Fax : 05 22 22 61 77

سيكترام

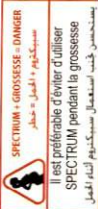
سيبرفلوكساسين

①

قرصا ملبسا

20 x 500

COOPER
PHARMA



مدة ٢٠ صباح ٥٠٠ زوال ٥٠٠ مساء

جدول الجرعة 1/1 (Liste A)

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance

٥٠٠ ملغم قرص واحد

من صنع / Fabrique par

COOPER
PHARMA

41, Rue Med DIOURI 20110 Casablanca

٤١، ريف محمد الديوري ٢٠١١٠ الدار البيضاء

Pharmacien responsable :

Amina DAOUDI

Spectrum® 500
Ciprofloxacine 20 Comprimés



6 118000 081937

COOPER
PHARMA

Comprimés pelliculés

20 x 500

500 mg
Voie orale

Spectrum®
ciprofloxacine

DOSE
MORNING
MIDNIGHT
SLEEP

Docteur Brahim EL WAFI

SPECIALISTE EN O.R.L.

Maladies et Chirurgies du :

Nez - Gorge - Oreille - Face et Cou

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Sur Rendez-Vous

الدكتور إبراهيم الوافي

إختصاصي في أمراض وجراحة

الأنف - الحنجرة - الأذن - الوجه والعنق

خريج كلية الطب بباريس

بالموعد

Casablanca, le **26 FEB. 2024** في الدار البيضاء،

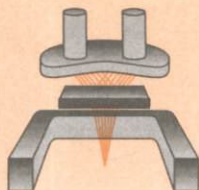
- Priere de faire une cytoponction
de l'ADP sous mandibule droite
Chez Mme DRONETTI Khadija

Laboratoire de Pathologie
52, Boulevard du Centre
Tél : 522 22 51 31/34
Fax : 522 22 50 90

Dr. Brahim EL WAFI
Spécialiste en O.R.L.
Espace Erreda 52 Bd Zerkouni Etage 1
(Face Marché des Fleurs) Casablanca
Tél : 0522 22 61 17 / 0522 47 12 44

عمارة الرضا - 52 شارع الزرقطوني - الطابق الأول (أمام سوق الورود) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 22 61 17 / 05 22 47 12 44 - الفاكس : 05 22 22 61 77

Espace Erreda - 52, Bd Zerkouni - 1er Etage (Face marché aux Fleurs) - Casablanca - Tél. : 05 22 22 61 17 / 05 22 47 12 44 - Fax : 05 22 22 61 77



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 26/02/24

Nom & Prénom : Mme DRIOUICH KHADIJA
Sur ordonnance du : Dr EL WAFI BRAHIM
Ref. : 24C02420

Prélevé au laboratoire le : 26/02/24

Organe ou siège du prélèvement : Adénopathie sous maxillaire droite

Renseignement(s) clinique(s) : Age : 54 ans

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Les étalements réalisés après cytoponction de cette adénopathie latérocervicale droite montrent, sur un fond hémorragique, la présence de cellules lymphoïdes polymorphes comprenant des lymphocytes matures, des centrocytes, quelques immunoblastes accompagnés de cellules folliculaires dendritiques et de plasmocytes.

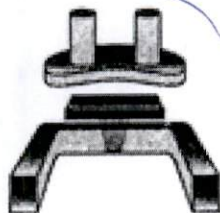
Il n'est pas observé de cellule épithéliale.

Conclusion : Aspect cytologique en faveur d'une adénite hyperplasique réactionnelle sans signe de spécificité dans les limites de ce prélèvement.

Absence de cellule suspecte.

Dr L. LARAQUI

Dr. Laïla LARAQUI
ANATOMO-PATHOLOGISTE
52, Boulevard Zerktouni
Tél.: 0522 22 51 31/0522 22 51 34
Fax: 0522 22 50 90



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 29/02/2024

FACTURE N° : 24/03337

Le laboratoire vous prie de croire à l'assurance de ses meilleurs sentiments et vous présente le relevé de ses honoraires s'élevant à la somme de :

500,00 Dhs

CINQ CENTS DIRHAMS

Concernant les analyses exécutées le **26/02/2024**

Pour **DRIOUCH KHADIJA**

Sur ordonnance du : **Dr EL WAFI BRAHIM**

Laboratoire de Pathologie
du Centre
52, Boulevard Zerktouni, Casablanca
Tél: 0522 22 51 31/34
Fax: 0522 22 50 90
Laboratoire de Pathologie
du Centre
52, Boulevard Zerktouni, Casablanca
Tél: 0522 22 51 31/34
Fax: 0522 22 50 90