

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° M20- 0002579

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1794 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MAJD EL ARBI

Date de naissance : 01 01 1953

Adresse : 91 BD SINDARA H. MY ABDELLAH CASR

Tél. : 06 61 24 11 48 Total des frais engagés : 527,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. GHOUATI Rakia
Médecine Générale
Hay Idaa Lot. Bled Elkhair Bd. Tan
Imm. N° 1 Ain Chok - Casa
Tél : 05 22 21 70 97

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : MAJD ATINA Age : 61

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

Nature de la maladie : Maladie chronique

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 : 24 / 07 / 2021

Signature de l'adhérent(e) : EL ARBI MAJD

Autorisation CNDP N° : AA-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
27-01-2024	C	1	15 000	 Dr. GHOSSEIN Cherde Médecin Généraliste Hay Idaa Louisa Elkhair* Bd. Tahar Hamm. "E" N° 171 Tél : 05 22 21 70 97

Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

Dr. GHOMRI BABA
 Médecin Généraliste
 Hay Idaa Lodge Elkhair Bd. Tan
 Imm. "E" N° 1000 Chok - Casa
 Tél : 05 22 21 70 97

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24-2-9	322,80

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

[illegible]

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

[illegible]

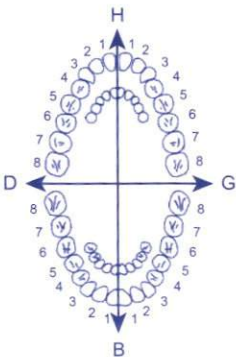
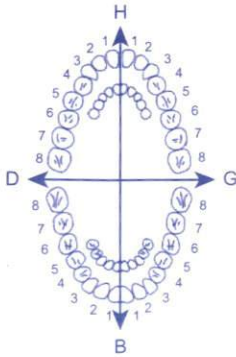
Cachet et signature
du Praticien

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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>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 MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
-------------------	---------------------	-------------

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		C
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur RAKIA GHOUATI

Médecine Générale

Femme - Enfant - Homme

Echographie



عيادة غواتي

عبد العام

رجال - أطفال - رجال

فحص بالصدى

Casablanca, le

27-2021

MAD - Amine

Ballong (IS) 63.30

122.20 2gl 2p 2p pas LH

2) Mezor (IS) 50.45 4gl 1a

3) Nufu (IS) 28.15 8th 2p 2p

4) Vogel (IS) 166.2 3x 2p 2p

5) Dimp (IS) 377.80 2x 2p 2p

عيادة غواتي تجوز بلاء الخير شارع الطاح عمارة رقم 1 عين الشق البيضاء

الهاتف المتنقل : 05 22 21 70 97

Hay Idaa LOT Bled Elkhair Bd TAH, Imm E, N° 1 Ain chok - Casa

Tel : 05 22 21 70 97 - GSM : 06 61 16 45 17

HARMACIE EL FAL
Mme Benchehou Houria
Docteur en Pharmacie
196, Bd Smara, Ain Chok - Casablanca
Tel: 05 22 50 36 18

Dr. RAKIA GHOUATI
Médecine Générale
Hay Idaa LOT Bled Elkhair Bd. Tah
Ain chok - Casa
Tel: 05 22 21 70 97

LOT: M0531
PER: 04/2024
PPV: 50,40DH

06/28

Lot:
EXP:
PPV (DH):



Solution buvable -150 ml



6 118000 081050



6 118000 340324

LOT 210680
EXP 02/2023
PPV 122.80D



611 800115 013 7
DIPROSTONE 1 Seringue
P.P.V : 56,80 DH
AMM 235DMP/21/NTT
Distribué par MSD Maroc
B.P. 136 Bouskoura



611 800115 013 7
DIPROSTONE 1 Seringue
P.P.V : 56,80 DH
AMM 235DMP/21/NTT
Distribué par MSD Maroc
B.P. 136 Bouskoura

Ballonyl®

charbon activé

Deva
Pharmaceutique

QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

..... 162 mg.
..... qsp 1 gélule.

LOT: 210195
DLUO: 07/2024
63.30DH

ET PRESENTATIONS

es
de 20, 30 et 60

PROPRIETES

Ballonyl contient du charbon végétal activé. Grâce à son fort pouvoir adsorbant au niveau intestinal, il permet la capture des gaz, des toxines et des bactéries responsables de la fermentation.

Il possède un effet bénéfique sur le processus de digestion, en luttant contre les phénomènes de ballonnements et de flatulences.

VOIE D'ADMINISTRATION ET UTILISATIONS

Voie orale

Prendre 2 gélules avec un grand verre d'eau, 3 fois par jour à distance des repas, en complément d'une alimentation variée et équilibrée. Renouveler les prises en fonction des sensibilités individuelles.

La posologie usuelle est de 4 gélules par jour. Sur les conseils de votre médecin ou de votre pharmacien, la posologie peut être portée à 6 gélules par jour.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

D'une façon générale, il convient au cours de la grossesse et de l'allaitement de toujours demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien avant d'utiliser un produit.

PRECAUTIONS D'EMPLOI

Afin d'éviter d'éventuelles interactions nocives entre plusieurs substances, signaler à votre médecin ou à votre pharmacien tout traitement en cours.

Ne pas dépasser la dose recommandée.

Garder hors de portée des enfants.

A conserver dans un endroit sec et frais.

Autorisation ministère de santé n° : DA20181805313DMP/20UCAV1

Deva
Pharmaceutique
140-141 Zone Industrielle T4 M&L Coudanville

IMPRIMEPEL 07/18