

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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

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° M20- 0008287

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02659

Société : RAM 95309

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENZEKRI JAMAL

Date de naissance : 13/11/1956

Adresse : 8 Rue Mansour O.H. CASA

Tél. : 0668592927

Total des frais engagés : 369,8 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Youssef YAQOUBI
Médecin Généraliste
INPE : 99103259

Date de consultation : 13/11/2023

Nom et prénom du malade : BENZEKRI Jamal Age: 18 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

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 : 31/10/2021

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
31-10-2021	V		12000	Dr. Youssef YAQOUBI Médecin Généraliste INPE : 091183269

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie HAP Azzoune 3, Rue 4 Hah Tél : 091183269 Dr. Youssef YAQOUBI INPE : 091183269	31/10/2021	49.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. JELLOULI Omar INPE : 107183531 Jlogue	31-10-2021	CHO	2000

AUXILIAIRES MEDICAUX

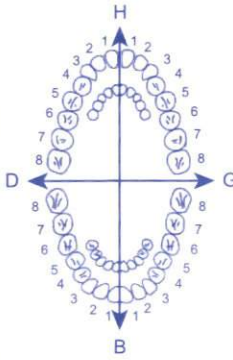
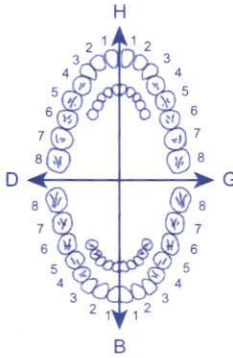
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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><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
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	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



وصفة
ORDONNANCE



Le 37/10/2014

m. Bekir Jannay

Sepren No
15 c 27, 12'

49.80



Plap 51 500

15 c 37, 12'

Rebercin 100
15 c 37, 12'

Pharmacie HAY AZZEDDINE
3, Rue 4 Hay Azzeddine
Hay Mohammadi - Casablanca
Tél : 022.62.53.01

Dr. Youssef YAQOUBI
Médecin Généraliste
INPE : 091183269

ت. وثيرة وأوقات استعمال الدواء:

1 إلى 3 مرات في اليوم، حسب الاستعمالات.

ث. مدة العلاج:

لكي يثبت هذا المضاد الحيوي فعاليته، يجب استعماله بانتظام

بالجرعات الموصوفة، وإلّا لما ينصح به الطبيب.

لا يعني اختفاء الحمى أو أحد الأعراض أنك شفيت تماما. فالشعور المحتمل بالتعب غير ناجم عن العلاج بالمضاد الحيوي لكن عن التعفن بذاته. ولن يكون لخفض العلاج أو توقيفه أي تأثير على هذا الشعور وسيؤخر شفاؤك.

حالات خاصة: تدوم مدة علاج داء الجيارديات (تعفن ناتج عن طفيلي) 5 أيام: تدوم مدة علاج داء الأميبية (تعفن ناتج عن طفيلي) وبعض التهابات المهبلية (تعفن في المهبل) 7 أيام: وبالنسبة للشعيرة (تعفن ناتج عن طفيلي) فالعلاج يتم في جرعة وحيدة.

ج. ما العمل في حالة جرعة مفقودة

في حالة القيء، صعوبة في تنسيق الحركات، الارتباك، استشر الطبيب. قد يتعين عليه وصف علاج.

5. التأثيرات غير المرغوب فيها والمزعجة

كمثل كافة الأدوية، قد يؤدي هذا الدواء لدى بعض الأشخاص إلى تأثيرات مزعجة شيئا ما.

• أعراض هضمية:

- غثيان، قيء، تشنجات في المعدة، إسهال؛

- التهاب اللسان مع شعور بجفاف الفم، التهاب الفم، مذاق معدني في الفم، فقدان الشهية؛

- استثنائيا، حالة التهاب البنكرياس الذي يزول بعد إيقاف العلاج.

• أعراض جلدية ومخاطوية:

- هبات حرارية مع احمرار الوجه، حكة، طفح على الجلد مصحوب أحيانا بالحصى؛

- شرى (طفح جلدي يشبه لدغة نيتة القراص)، انتفاخ مفاجئ في الوجه والعلق ذات أصل تحسسي (وذمة كوينك)، استثنائيا صدمة ذات أصل تحسسي.

• أعراض عصبية:

- آلام الرأس؛

- إصابة أعصاب الأطراف؛

- اختلاجات، دوام، سوء تنسيق الحركات الإرادية.

• أعراض نفسية:

- ارتباك، هلوسة.

• اضطرابات دموية:

- حالات،

أو الصفائح

• أعراض

- حالات

والتهاب

• أعراض

- تلون البر

أخبر الطبيب أو الصيدلي عن أي تأثير غير مرغوب فيه ومزعج لم يذكر في هذه النشرة.

6. الحفظ

لا تتجاوز تاريخ انتهاء الصلاحية المدون على العبوة الخارجية.

7. تاريخ مراجعة النشرة

أبريل 2009.

8. نصائح/تربية صحية

"ما ينبغي معرفته حول المضادات الحيوية؟"

تتميز المضادات الحيوية بفعاليتها لمكافحة التعفنات الناجمة عن البكتيريا. لكنها غير فعالة ضد التعفنات الناتجة عن الفيروسات.

لذلك قرر طبيبك أن يصف لك هذا المضاد الحيوي لأنه يناسب تماما حالتكم وممرضكم الحالي.

تتمكن البكتيريا من البقاء أو التكاثر رغم فعل هذا المضاد الحيوي. وتسمى هذه الظاهرة بالمقاومة، التي تبطل مفعول بعض المضادات الحيوية.

تزداد المقاومة بفعل الاستعمال المفرط أو غير الملائم للمضادات الحيوية.

قد تشجعون ظهور البكتيريا المقاومة وبالتالي تأخير شفاؤكم أو حتى إبطال مفعول هذا الدواء في حالة عدم احترام:

• الجرعة الواجب تناولها،

• أوقات الجرعة،

• مدة العلاج.

وكنتيجة لذلك، من أجل الحفاظ على فعالية هذا الدواء:

1. لا تستعملوا مضادا حيويا إلا إذا وصفه لكم الطبيب،

2. احتراموا وصفة الطبيب احتراما تاما،

3. لا تستعملوا المضاد الحيوي مجددا دون وصفة طبية، حتى لو اعتقدتم مكانحة مرض مماثل في الأعراض.

4. لا تعطوا هذا المضاد الحيوي إلى أي شخص آخر، قد لا يكون مناسبا لمرضه.

5. عند الانتهاء من علاجكم، أرجعوا للصيدلي كافة العبء المفتوحة من أجل التخلص منها على الوجه الصحيح والملائم.

ب. التبيضاء

PER 02 2026

ب. الكبد

FLAGYL 500 mg

CP PEL R20

P.P.V 49D80

6 118000 060062

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
20100 CASABLANCA
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP : 1251245	N° SEJOUR : 210087112	FACTURE N° 2103008555		DATE D'ENTREE : 31/10/2021		DATE DE SORTIE : 31/10/2021				
ASSURE :				DESTINATAIRE : BENZKRI, Youssef						
MALADE : BENZKRI, Youssef		UF: 5003 RADIOLOGIE								
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S :								
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :		N° SE. SOC. ETRANG. :						
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES DE RADIOLOGIE										
ECHOGRAPHIE	ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00

Intervenant : 20022017 DR JELLOULI OMAR RADIOLOGUE	TOTAUX :	200.00						200.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENTS DHS		PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
		REMISE :	0.00	REGLE :	200.00		AVOIR :	
		RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 31/10/2021	EDITEE LE : 31/10/2021	PAR: KARIM	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA			N° DE POLICE :	DATE AT :				
		Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef				
		BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA				
		N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31				

مصلحة الفحص بالأشعة

SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le 31/10/2021

Patient (e) : BENZKRI YOUSSEF

Medecin traitant : Dr Y. YAQOUBI

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

- Foie de taille normale, de contours réguliers et d'échostructure homogène
- VB alithiasique à paroi fine
- Absence de dilatation des voies biliaires intra-hépatiques et des voies biliaires extra-hépatiques.
- Le tronc porte est de calibre normal et perméable.
- La rate et pancréas sont sans anomalies
- Reins de taille normale bien différenciés sans dilatation des cavités excrétrices
- Vessie semi pleine sans anomalies endoluminales
- Absence d'épanchement intra-péritonéal
- Absence de collection profonde
- Météorisme abdominal diffus et aérocolie

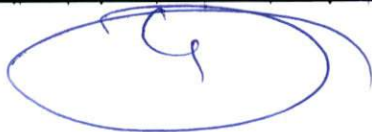
CONCLUSION :

- Météorisme digestif diffus et aérocolie des flancs
- Pas d'autres anomalies notables

Dr JELLOULI

Dr JELLOULI Omar
Médecin Radiologue
INPE : 101183531

N° IPP : 1251245		N° SEJOUR : 210087114		FACTURE N° 2105053384		DATE D'ENTREE : 31/10/2021		DATE DE SORTIE : 31/10/2021			
ASSURE :						DESTINATAIRE :					
MALADE : BENZKRI,Youssef				UF: 5002 URGENCES		BENZKRI,Youssef					
NOM JEUNE FILLE :				N° IMMAT C.N.S.S :							
TIERS PAYANT 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 : REF. PC 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION			LETTRE	NOMBRE	PRIX	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
			CLE	x COEF	UNITAIRE	%		%		%	
CONSULTATION DE MEDECIN.						Dh		Dh		Dh	
VISITE GENERALISTE (JOURS FERIES,NUITS,A			V	1.00	120.00	120.00				0.00 120.00	
Intervenant : 1012013 DR YAQOUBI SOUSSANE YOUSSEF (GÉNÉRALISTE) TOTAUX :						120.00				120.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT VINGT DHS						PLAFOND PC :				ACOMPTE:	
						REMISE :		0.00		REGLE : 120.00	
						RESTE DU:		0.00		AVOIR :	
DATE FACTURE : 31/10/2021						EDITEE LE : 31/10/2021 PAR: KARIM					
VISA						ACCIDENT DE TRAVAIL :					
						N° DE POLICE :					
						DATE AT :					
						Réglement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef					
						BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA					
						N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31					



وصفة
ORDONNANCE



Le 31/10/2021

m. Bouzouk Jany

Dr. Youssef YAOUEI

Dr. Youssef YAOUEI

Dr. Youssef YAOUEI
Médecin Généraliste
INPE : 091183269