

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## itions 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.

## macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractères 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° M21- 067396

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 671 Société : RAM 10/1/168

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ABDSELAM KHALAD

Date de naissance : 01/01/1948

Adresse : Rue Hassan Maumeh in meuble 5A  
marj casablanca

Tél. : 0657242645 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Docteur Hind EL BOUSSAÏRI**  
Oncologue - Radiothérapeute  
Riad Oncologia Clinic  
15, Allée du Persée Q. des Hôpitaux Casa  
Tél: 0522 86 27 00/86 25 31 Fax: 0522 86 25 56  
MP: 0910 9077

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/11/2021

Nom et prénom du malade : Abdellah KHALAD

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

Nature de la maladie : Adénocarcinome

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-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 |
| <del>[Signature]</del>         | <del>[Signature]</del> | <del>[Signature]</del> | <del>[Signature]</del>          | <del>[Signature]</del>                                         |

| EXECUTION DES ORDONNANCES                                                        |          |                       |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur                                        | Date     | Montant de la Facture |
|  | 29/11/21 | 306,60                |
|                                                                                  |          |                       |
|                                                                                  |          |                       |
|                                                                                  |          |                       |
|                                                                                  |          |                       |

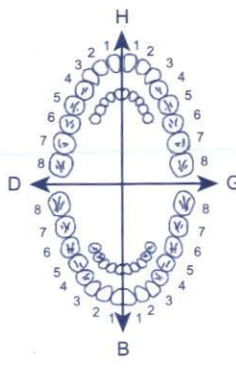
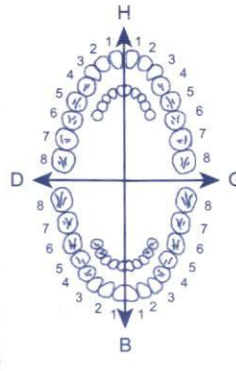
[illegible][illegible]

**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 d

**Important :**  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

| SOINS DENTAIRES                                                                       | Dents<br>Traitées                                                                                                                                                                  | Nature des<br>Soins | Coefficient |                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------|-------------------------|
|    |                                                                                                                                                                                    |                     |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                    |                     |             |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                    |                     |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                    |                     |             |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                    |                     |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                    |                     |             |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                    |                     |             | FIN D'EXECUTION         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                    |                     |             |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                    |                     |             |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                    |                     |             |                         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES                                                          | DETERMINATION DU CCEFFICIENT<br>MASTICATOIRE                                                                                                                                       |                     |             |                         |
|  | <div><div><div>H</div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div><div>G</div></div></div> |                     |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                    |                     |             |                         |
|                                                                                       | <div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>                                                              |                     |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                    |                     |             |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                    |                     |             | DATE DU DEVIS           |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                    |                     |             |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                    |                     |             |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                    |                     |             | DATE DE L'EXECUTION     |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                    |                     |             |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                    |                     |             |                         |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT



201008131331HA

25 novembre 2021

**Pr. A. Acharki**  
Onco-Radiothérapeute

**Dr. O. Alami**  
Onco-Radiothérapeute

**Dr. H. El Boussairi**  
Onco-Radiothérapeute

**Pr. A. Benider**  
Onco-Radiothérapeute  
TPA: Mardi AM / Vendredi AM

**Pr. S. Sahraoui**  
Onco-Radiothérapeute  
TPA: Lundi AM / Jeudi AM

**Pr. N. Benchakroun**  
Onco-Radiothérapeute  
TPA: Mardi AM / Vendredi AM

**Pr. Z. Bouchbika**  
Onco-Radiothérapeute  
TPA: Lundi AM / Jeudi AM

**Dr. S. Mouafik**  
Onco-Radiothérapeute

**Dr. C. Lahmamssi**  
Onco-Radiothérapeute

**Mr. KHALLAD Abdeslem**

1/ AVELOX 400 MG

1CP/J/8J

2/ MUTESA SIROP

1C.S x3/J

20min AVT LES REPAS

3/ ADDITIVA

1cp/j le matin

LOT : M0061  
EXP : FEV 2023  
PPV : 195,50 DH

PHARMACIE NOUVELLE ERI  
Dr. TAZI YASMINA  
que Mostapha Choukri, Elloc 15 Anfa II  
Casablanca - Tél : 05 22 94 63 47

PPC : 79DH00



01.2024  
L 2100502

sa®  
inium  
ium  
uvable

32,10

..... 5,15g  
..... 0,187 g  
..... q.s.p 100 g

Excipients à

• **Forme pharmaceutique**

Suspension buvable, flacon de 200 ml

• **Classe pharmaco-thérapeutique**

ANTIACIDE associé à un anesthésique de contact (A : appareil digestif et métabolisme).

**2- INDICATIONS THERAPEUTIQUES**

- Traitement symptomatique des gastralgies dues à l'acidité gastrique, notamment dans :
  - les maladies ulcéreuses.
  - Les hernies hiatales
  - Le reflux gastro- oesophagien.
  - Les gastrites et gastro duodénites.
  - Les dyspepsies accompagnant les troubles fonctionnels intestinaux, et le pyrosis
- Traitement symptomatique des intoxications accidentelles dues aux produits acides ou corrosifs.

**3- CONTRE INDICATIONS**

- Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas suivants :
  - Insuffisance rénale grave,
  - antécédent d'allergie à l'un des constituants.

**4- INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES**

- Ce médicament ne doit généralement pas être utilisé en association avec les quinidiniques
- les antiacides peuvent diminuer l'effet de nombreux médicaments. Par précaution, il convient d'espacer les prises de 2 heures entre l'antiacide et un autre médicament.

**5- Grossesse et allaitement :**

Aucun effet néfaste n'a été rapporté après de nombreuses années d'utilisation de ce produit au cours de la grossesse. En conséquence, MUTESA® peut, dans les conditions normales d'utilisation, être prescrit au cours des deux derniers trimestres de la grossesse.