

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'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

M22- 0050812

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 979 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HADA ADSI
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés : 163570 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation :
Nom et prénom du malade : ADSI HADA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
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) :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE ANISSA
312 Lot Zoubir
Casablanca
Tél: 05 22 89 34 94

12/05/2023

85,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue Date Désignation des Coefficients Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

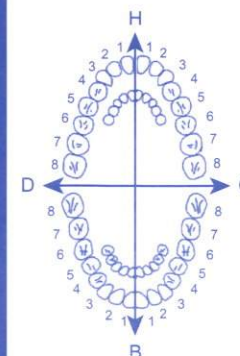
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

MONTANT DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

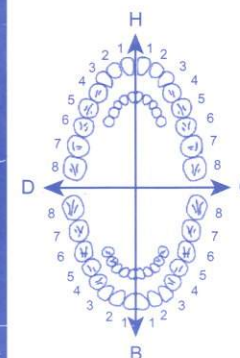
FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

Dr. Jamila EZZAHID NACIRI

Médecine Générale

D.E.S d'Echographie Générale

Médecine du Travail et d'Ergonomie

Diplômée de l'Université de Rennes

الدكتورة جميلة الزاهد الناصري

الطبيب العام

دبلوم الفحص بالصدى

دبلوم طب الشغل و الأركنوميا

من جامعة « رين » بفرنسا

Casablanca, le في الدار البيضاء.

Mme : EL ADSI HADDA

Ordonnance

32,80
1) Levodyp
1 cp - 31;
1.916 avant le repas

X 25 Alzole 20
1 gel le matin - 14;

53,00
3) Di nisto 16
1 cp - 21;
suivie du repas

T = 85,80
X 4) Duoflex
1 gel - 31;

PHARMACIE ANISSA
312 Lot Zoubir
Casablanca
Tél : 0522 200 600

Dr. J. EZZAHID NACIRI
Médecine Générale
Echographie Générale
Face Immeuble Renault - Casablanca
Tél : 0522 200 600

131، شارع عبد المؤمن (مقابل عمارة رونو) الدار البيضاء - الهاتف: 0522 200 600
131, Bd Abdelmoumen (Face Immeuble Renault) - Casablanca. Tél. : 0522 200 600

Nuam

285

1981-21,

Dr. J. EZZAID NACIRI
Médecine Générale

~~Echographie Générale~~
131, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tel : 022 200 600

Di-INDO®

- DI-INDO® Comprimés dissolvables de

- Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice
ce médicament.**

douleur thoracique, troubles du rythme, œdèmes périphériques,

Péridys 10 mg

Dompéridone

Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire qui permettra l'identification rapide de nouvelles informations relatives à la sécurité. Vous pouvez y contribuer en signalant tout effet indésirable que vous observez. Voir en fin de rubrique 4 comment déclarer les effets indésirables.

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'information à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes.

cas de symptômes.

Si l'un des

remarque

notice, parlez

1. QU'EST-CE DANS QUELS

Ce médicament

appartenant à

agit sur la motricité

Ce médicament

partir de 12 ans

vomissements.

2. QUELLES SONT LES AVANT DE PRENDRE

Si votre médecin vous

sucres, contactez-le

Ne prenez jamais PERIDYS 10 mg, comprimé pelliculé

vous avez une allergie

autres composants de

prolactinome (maladie

avez des saignements

mécanique ou perforation

d'occlusion intestinale

• si vous souffrez d'urticaire

vos ECG (électrocardiogramme)

appelé "allongement de l'intervalle QT corrigé".

• si vous avez eu un problème qui fait que votre cœur ne peut pas pomper

le sang dans l'ensemble de votre corps aussi bien qu'il le devrait

(affection appelée insuffisance cardiaque) ;

• si vous avez un

problème qui entraîne une diminution du taux de potassium ou de

magnésium ou une augmentation du taux de potassium dans

vos sang ;

• si vous prenez certains médicaments (voir "Autres

médicaments et PERIDYS 10 mg, comprimé pelliculé").

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER

L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Précautions d'emploi : mise en garde spéciales

L'utilisation de ce médicament est déconseillée chez les

patients présentant une intolérance au galactose, un déficit en

lactase de Lapp ou un syndrome de malabsorption du glucose

ou du galactose (maladies héréditaires rares).

Ce médicament contient de l'huile de ricin et peut provoquer

des troubles digestifs (effet laxatif léger, diarrhée).

Adressez-vous à votre médecin avant de prendre PERIDYS 10

mg, comprimé pelliculé ;

• si vous souffrez de problèmes au

foie (défaillance des fonctions du foie ou insuffisance

hépatique) (voir "Ne prenez jamais PERIDYS 10 mg, comprimé

32180



PERIDYS 10MG
CP PELL B20



6 118000 011248