

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 canaux, 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 canaux.

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.



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

Déclaration de Maladie

N° P19- 063091

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9305 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NOURAZIZ NAIMA

Date de naissance : 16-06-52

Adresse : Habituelle 165728

Tél. : 0660366454 Total des frais engagés : 394,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr. EL MANOUZI Abdelkrim

GASTROENTÉROLOGUE

Cachet du médecin :

19, Bd. de Bordeaux
22 20 62 01 - Casablanca

Date de consultation : 12/05/2023

Nom et prénom du malade : NOURAZIZ NAIMA Age :

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

Nature de la maladie : Troubles digestifs

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 : 18/05/23

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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.

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
12 MAI 2023	S	1	259,00	DR. EL MANOUCI ABDELKADIR 19 Bd. de Bourdoux 33000 - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

12/05/2023 144,70

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

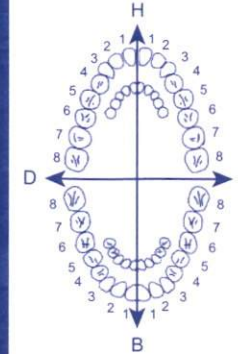
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT 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

Docteur Abdelkrim El MANOUZI

Diplômé de la faculté de Médecine de Rouen-France
Spécialiste des Maladies de l'appareil digestif
(Estomac - Foie - Intestin - Hémorroïdes)
Ancien Assistant spécialiste des Hôpitaux de France
Diplôme d'Echographie de la faculté de Paris
Endoscopie digestive
Membre de la Société Française de Gastro Entérologie



الدكتور عبد الكريم المنوزي

خريج كلية الطب براون (فرنسا)
اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي
(المعدة - الكبد - الأمعاء - البواسير)
طبيب اختصاصي سابقا بمستشفيات فرنسا
دبلوم الفحص بالصدى من كلية الطب بباريس
التشخيص بالمنظار الداخلي
عضو الجمعية الطبية الفرنسية
لأمراض الجهاز الهضمي

Casablanca, le : 12 MAI 2023 : الدار البيضاء، في

MR NOURAZIZ NAIMA



ARGO 1CUILLERE A SOUPE APRES 1/2 H
DES TROIS REPAS

RANCIPHEX 20 1 CP LE MATIN AVANT REPAS
PENDANT 28 JOURS



DR. EL MANOUZI Abdelkrim
GASTROENTEROLOGUE
19, Bd de Bordeaux
Tél : 05.22.20.62.31 - Casablanca

LOT : 4408
UT- AV : 11- 25
P.P.V : 30DH50

ARGO®

Alginate de sodium/Bicarbonate de sodium

250 ml

Suspension
buvable
Voie orale



20 mg

28 Comprimés
gastro-résistants
Voie orale

Composition:

Rabéprazole sodique (DCI) 20 mg

Excipients q.s.p. un comprimé.

Indications, Contre-indications, Posologie

& Précautions d'emploi: lire la notice à l'intérieur.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

A conserver à une température ne dépassant pas
25°C, à l'abri de l'humidité.

PPV: 113 DH 70

التركيبية:

رابيبرازول الصودي 20 ملغ

الأسوية كمية كافية لكل قرص.

الإرشادات العلاجية، موانع الاستعمال، الجرعة

واحتياطات الاستعمال: اقرأ النشرة بالداخل.

يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.

يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 25 درجة مئوية،

بعيدا عن الرطوبة.