

# 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 0026537

☒ Maladie

☐ Dentaire

21398

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03265

Société : Royal Air MAROC.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Achour Farid.

Date de naissance : 14-11-1950.

Adresse : 44 Résidence Douba.

Bd. Abdelhadi Boutsleh - Casablanca 60180.

Tél. : 0661411775.

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Rajaâ AFIFI  
Professeur  
Hépatogastro-entérologue  
Imm. 24, Apt. 5, Av. Omar Ibn Khattab  
Agdal - Rabat - Tél: 0537 77 04 04

Date de consultation : 27/01/2020.

Nom et prénom du malade : Mekouar Mohamed

Age : 67

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

MUPRAS

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Achour

17 JAN 2020

ACCUSE REU 102 / 2020.



# 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 JAN 2020     | Consulte          | 1                     | 120                             | Dr. Raja AFI<br>Professeur<br>Hépatogastro-Entérologue<br>Imm. 24, Appt. 5, Av. Omar Ibn Khattab<br>Agdal - Rabat - Tél: 0537 77 04 04 |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou Fournisseur  | Date  | Montant de la Facture |
|--|-------|-----------------------|
| PA 190<br>TEL 0149757470<br>FAX 0149757581<br>PHARMACIE ORLY SUD<br>94542 AEROGARE CEDEX | 12/20 | 920 €                 |

# 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 :

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

| 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 | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H<br/> 25533412<br/> 00000000<br/> D<br/> 00000000<br/> 35533411 </div> <div> H<br/> 21433552<br/> 00000000<br/> G<br/> 00000000<br/> 11433553<br/> B </div> </div> |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                            | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>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

# Docteur Rajaâ AFIFI

Spécialiste des maladies du tube digestif,  
du foie, du Pancréas et de Proctologie



الدكتورة رجاء عفيفي

أستاذة مختصة في أمراض الجهاز الهضمي

المعدة - الأمعاء - الكبد

Ex Professeur à la Faculté de Médecine de Rabat

أستاذة سابقا بكلية الطب و الصيدلة

PHARMACIE ONLY SUD  
TEL 190 84542 AEROGARE ODEJ  
TEL 0149757470  
FAX 0149757581

27 JAN. 2020



M. Melcovar Mr. Hsine



Obolait (324)

(78h) 4 p ds 250cc d'liquide (204)  
à répéter 4x.

78h 78h 75 18h 30 18h 45 19h-  
|||| |

(22h) 4 p ds 250cc d'liquide (724)  
à répéter 2x.

22h 22h 75 22h 30  
|||| |

Dr. Rajaâ AFIFI  
Professeur  
Hépatogastro-Entérologue  
Imm. 24, Appt. 5, Av. Omar Ibn Khattab  
Rabat - tél. 0537 77 04 04

عمارة 24، الشقة 5 - الطابق الثاني، شارع عمر ابن الخطاب - أكدال - الرباط

Imm, 24 Appt.5, 2ème étage - Av. Omar Ibn Khattab, Agdal- Rabat

البريد الإلكتروني : afifirajaa@yahoo.fr / الهاتف : 05 37 77 04 04 : Tél.



7291201

# Colokit<sup>®</sup>

Comprimé

Phosphate monosodique monohydraté  
Phosphate disodique anhydre

## • COMPOSITION EN SUBSTANCES ACTIVES

Phosphate monosodique monohydraté...1102 mg  
Phosphate disodique anhydre.....398 mg  
Pour 1 comprimé

Ce médicament contient 313 mg de sodium  
par comprimé : en tenir compte en cas de  
régime pauvre en sel.

Flacon de 32 comprimés.

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

Voie orale.

À conserver à une température ne  
dépassant pas 30°C.

Lire la notice avant utilisation.

Colokit<sup>®</sup>  
Comprimé

## • POSOLOGIE (voir la notice)

1<sup>ères</sup> prises : 4 x 5 (à 15 min d'intervalle)

Date :

Heure :

2<sup>èmes</sup> prises : 4 x 3 (à 15 min d'intervalle)

Date :

Heure :



**COLOKIT +  
GROSSESSE  
= DANGER**

Ne pas utiliser chez la  
femme enceinte sauf en  
l'absence d'alternative  
thérapeutique.

# Colokit<sup>®</sup>

Comprimé

Phosphate monosodique monohydraté  
Phosphate disodique anhydre

## TITULAIRE - EXPLOITANT



Laboratoires Mayoly Spindler  
6, avenue de l'Europe  
78400 CHATOU - FRANCE

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Liste I

Médicament autorisé  
n° 34009 347 188 1 6

# Colokit<sup>®</sup>

Phosphate monosodique  
monohydraté  
Phosphate disodique anhydre

**COMPRIMÉ**



MAYOLY  
SPINDLER

PC : 03400934718816  
SN : 11069119937447  
EXP : 06/2022  
LOT : V025

