

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.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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° W21-645353

80066

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12347 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : YAAKOUBI Oumaima

Date de naissance : 29, Rue Abou Omar El Hachimi, 20 ans, Casa

Adresse :

Tél : 0662 839339 Total des frais engagés : 561,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Khalid TAIBI
Gynécologue Obstétricienne
45, Bd. Bir Anzarane Maarif
CASABLANCA - GSM: 0613 21 06 27
Tél: 0522 25 17 97.0522 25

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/07/2021

Nom et prénom du malade : yaa koubi oumaima Age :

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

Nature de la maladie : Affection gynécologique

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 : / /

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

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
20/07/21	C		200,00	<p>09/10/2021</p> <p>Docteur <u>Hamid TAIE</u></p> <p>Gynécologue Obstétricien</p> <p>45, Bd. Bir Anzarane Maarif</p> <p>CASABLANCA - GSM: 0613 21 95 20</p> <p>Tél: 0522 25 17 97 - 0522 68 17 20</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/07/21	261,20

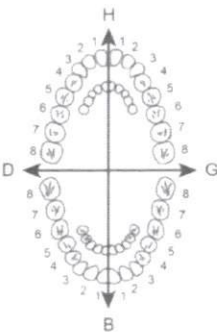
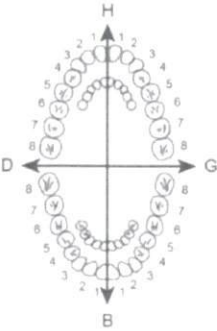
[illegible][illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																								
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																								
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D		B		00000000	00000000			35533411	11433553			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H		G																									
	25533412	21433552																										
	00000000	00000000																										
	D		B																									
	00000000	00000000																										
	35533411	11433553																										
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																								
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Khalid TAIBI

Gynécologue - Obstétricien

Diplômé de la faculté de médecine de Paris V

Ex. attaché des hopitaux de Paris

SPÉCIALISTE EN MEDECINE DE REPRODUCTION

CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE - COELIOSCOPIE

HYSTÉROSCOPIE - MALADIES DU SEIN



الدكتور الطيبي خالد

اختصاصي في أمراض النساء و التوليد

خريج كلية الطب بباريس

طبيب ملحق سابقا بمستشفيات باريس

إختصاصي في الإنجاب بالمساعدة الطبية

الجراحة النسوية

الجراحة بالمنظار . أمراض الثدي

Casablanca, Le 2010/07/21 في الدار البيضاء

Mr YAAKOUBI Oumaima

200,00

* Ointelle

PHARMACIE LM V
28, Bis Rue Salomonique
Angle Rue de Rome - Casa
Tél : 05 22 85 43 95
Fax : 05 22 81 53 31
RC: 318383 - IF : 15221985
E-mail : l.med 5@hotmail.com

61,70 un injecté nom Catherine
17heurs.

* Gestel 200
un injecté par 10 j
264,70

Dr. TAIBI Khalid
Gynécologue - Obstétricien
45, Bd. Bir Anzarane - Maarif
CASA - Tél. 022.25.17.97/98.54.30

gestel

Progesterone 200 mg
15 Capsules molles

Composition en substance active :

Progesterone 200 mg Pour une capsule molle.

Excipients à effet notoire :

Huile d'arachide, Lécithine de soja, Glycérol.
Voir la notice pour plus d'information.

Forme pharmaceutique et contenu :
15 capsules molles.

Mode et voie(s) d'administration :

Voie orale ou vaginale.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

Mise en garde spéciale :

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

Pas de précautions particulières de conservation.

Liste I (Tableau A)



Soyez prudent
Ne pas conduire
sans avoir lu la notice

ALTHEA

جيسيتيل
بروجسترون 200 ملغ
15 كبسولة ليينة

المواد الفعالة:
تحتوي كل كبسولة ليينة على بروجسترون 200 ملغ.

اسوغة ذات تأثير معلوم :
زيت الفول السوداني، الغليسيرول، وليسيتين الصويا.
انظر النشرة للمزيد من المعلومات.

الشكل:
15 كبسولة ليينة.

طريقة تناول الدواء :
عن طريق الفم أو المهبل.
يرجى قراءة نشرة الدواء بعناية قبل تناول الدواء.

تحذير خاص:
يحفظ بعيداً عن مرمى ومتناول الاطفال.
لا يوجد أية احتياطات خاصة بالحفظ.
لائحة (جدول أ)



Lot : LF20680A

Per : 06/2022

PPV : 61 DH 70

OVITRELLE® 250 microgrammes/0,5 ml
solution injectable en seringue préremplie

Choriogonadotropine alfa
Voie sous-cutanée
A usage unique

1 seringue préremplie de 0,5 ml de solution injectable

OVITRELLE® 250 µg/0,5 ml

PPV.: 200DH00



PROMOPHARM S.A.



MERCK