

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 canalaire, 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 canalaire.

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

N° W21-673759

98031

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 123456 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : YAAKOUBI Oumaima

Date de naissance : 08/03/1984

Adresse : 29, Rue Abou Ouan El Harbi, 9 Nans, Cas

Tél. : 0662839339 Total des frais engagés : 496,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Khalid TAIBI
Gynécologue Obstétrique
45, Bd. Bir Anzarane Maarif
CASABLANCA - GSM: 0813 21 95 27

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/12/2021

Nom et prénom du malade : yaa koubi oumaima Age :

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

Nature de la maladie : suivi de Grossesse

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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : / /

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
20/12/21	C		300,00	<p>INP: 105 1132 312</p> <p>Docteur Khalid TAIB</p> <p>Gynécologue Obstétrique</p> <p>45, Bd. Bir Anzarane Maarif</p> <p>SABLANCA - GSM: 0613 21 95 21</p> <p>0622 25 17 97-0622 93 45</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/12/21	196,50

[illegible]

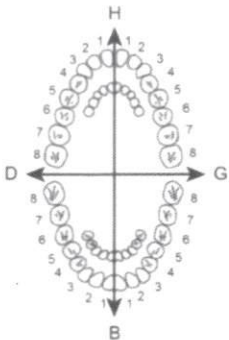
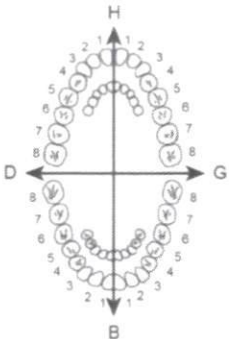
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				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

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 21/12/2021 الدار البيضاء في

Mr YAAKOUBI Oussama

126,50
* Fertilis (SV)
m gel x 2 + un mon
F400
* Yofobir (SV)
m gel x 3 H

196,50



0613 21 95 27 : النقال : 0522 25 17 97/0522 98 54 30 : الهاتف : الدار البيضاء - معاريف - 45, Bd. Bir Anzarane - Maarif - Casablanca - Tél. : 0522 25 17 97/0522 98 54 30 - GSM : 0613 21 95 27

Ferlipo®

Fer liposomal

Ingédients : 180 mg de Lipofer soit 14 mg de Fer élément, stéarate de magnésium, Amidon de maïs, Capsule végétale en HPMC.

Précautions d'emploi : Ne pas laisser à la portée des enfants.
Conserver à l'abri de la lumière et de l'humidité.

Informations nutritionnelles

AJR* %
par gélule

Lipofer

100 %

*AJR : Apport journalier recommandé

236 Boulevard Ghandi,
Casablanca, Maroc
contact@doctorboost.ma

**DOCTOR
BOOST**
NUTRIMENT

Produit par Bloxpert

Poids net : 12 g

6 111264 960048



Lot N° : FL06

Exp : 07/2024

PPC : 125,50 DH

Yofolvit®
IODE | ACIDE FOLIQUE | VITAMINE B12

200/400/2 μg

IODÉ | ACIDE FOLIQUE | VITAMINE B12



Voie orale

28 comprimés

Indications :

Prévention des troubles dus à une déficience en iode (TDI). Prévention des troubles dus à une déficience en iode (TDI), acide folique et vitamine B12 chez les femmes enceintes pendant le 1^{er} trimestre et pendant un mois avant la conception en tant que prévention des malformations lors du développement du système nerveux central du fœtus.

حالات الإستعمال:



Yofolvit[®] 200/400/2µg

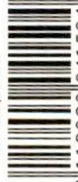
VIC 200/400/2µg

٢٠٠٠/٢٠٠٢ ٢٠٠٢/٢٠٠٠

COMPOSITION

Chaque comprimé contient :

Yofolvit® 200/400/750g

28. *comprimés*

6118000 041504

iodide : 200µg.

acide folique : 400 µg

vitamine B12: 2 µg

Excipients à effet notoire: Lactose

Pas de précaution particulières de conservation

Posologie, mise en garde et contre-indication :

Consulter la notice

Voie orale

يحتوي كل قرص على:

العدد : 200 µg

حمض الفوليك : 400µg

فیتامین ب ۱۲ ۲:۱۲ μg

اسو غه ذات تاثير معلوم : اللاكتوز

لا يحتاج ظروف خاصة للتخزين

انظر الفقرة للمزيد من المعلومات

يَتَّقُوا عَنْ طَرَفِ الْقَدَمِ

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

يحفظ بعداً عن تناول و مرأى الأطفال