

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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° M21- 0060171

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 654 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Fatima Najib

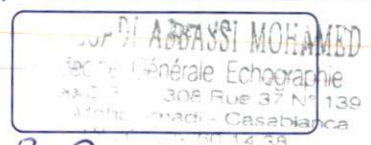
Date de naissance :

Adresse : Hay Pphana Rd 25 N° Casablanca

Tél. : 06 891 16 93 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/03/2022

Nom et prénom du malade : NATIB Fatima Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Digestive

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) :

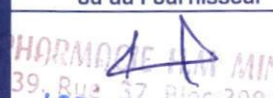
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



# 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
10/13/22		15		 <b>BELKACEM ABBASSI MOHAMED</b> Médecin Généraliste Echographies 2 Bloc 208 Rue 37 N° 154 Hay Mohammadi - Casablanca Tél: 05 22 60 14 39

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE MINARET</b> 39, Rue 37 Bloc 308 Saada Hay Mohammadi - Casablanca Tél: 05 22 60 14 39	10/13/22	361,20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

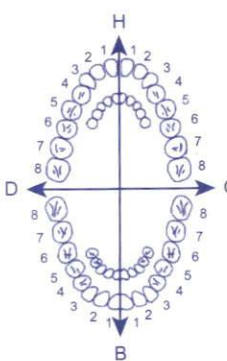
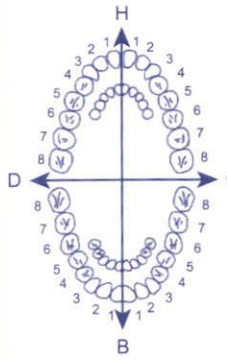
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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

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> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  25533412  00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> 21433552  00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> 00000000  35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;"> 00000000  11433553  <b>B</b> </div> </div>			Coefficient des Travaux
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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

Dr. BELCADI ABBASSI MOHAMED  
MEDECINE GENERALE

Faculté de Médecine de LILLE  
DIPLOME D'ECHOGRAPHIE CLINIQUE

الدكتور بلقاضي العباسي محمد  
الطب العام

كلية ليل (فرنسا)

شهادة التشخيص بالموجات فوق الصوتية

Casablanca, le: 10/3/2022

الدار البيضاء، في

T. 36 1120

NATIB Fatima

134,00

Cibalax

PPC : 134 DH 00



139,00 1 sachet

Dreso 200

LOT: H0630  
PER: 09/2023  
PPU: 139,00 DH

13,30 1 gélule

Artane

79,40

1 gélule  
Biotone

74,90



# أرتان<sup>®</sup> 5 ملغ

كلورهدرات التريهيكسيفينيديل

أقراص

تعريف الدواء

المكونات

كلوريدات تريهيكسيفينيديل ..... 5 ملغ

السواغات: لاكتوز أحادي المائية، نشا الذرة (غلوتين)،

سيليكات غرواني مائي (ليفيليت)، طالك، ستيرات

المغنيسيوم ك.ك.ل. قرص واحد.

الشكل الصيدلي والتقديم

أقراص، علية 20.

الصنف الصيدلي العلاجي

مضاد باركنسون مضاد المغول الكولينري

(الجهاز العصبي المركزي)

في أية حالات يستعمل فيها هذا الدواء

ينصح هذا الدواء في مرض الباركنسون وتزامن

الأعراض الباركنسونية الناتجة عن علاج مضاد للذهان.

انتباه!

في أية حالات لا يجب استعمال هذا الدواء

لا يجب استعمال هذا الدواء في الحالات التالية:

• الزرق بانغلاق الزاوية (ارتفاع الضغط داخل العين)،

• حساسية تجاه أحد مكوناته أو أحد مشتقاته (أو آخر)،

(ب)،

هذا الدواء،

يجب وجود نشا

ARTANE 5MG

CP B20

P.P.V : 13DH30



6 118030 060314

في حاله الشك، من الضروري استشارة الطبيب أو

الصيدلي.

تحذيرات خاصة

• قد تحدث اضطرابات نفسية: في جميع الأحوال، يجب

إبلاغ الطبيب.

• بسبب وجود لاكتوز، لا يجب استعمال هذا الدواء في

حالة وجود الغالاكتوزي الدم، تزامن أعراض سوء

امتصاص غلوكوز وغالاكتوز أو نقص لاكتاز (أمراض

أيضية نادرة).

احتياطات الاستعمال

• لا توقف العلاج فجأة دون استشارة طبية.

• في حالة سوابق مرض انسداد المعى (مثل إمساك

خطير) أو انحباس بولي، ابلاغ الطبيب.

تفاعلات بين الأدوية وتفاعلات أخرى

من أجل تفادي تفاعلات محتملة بين عدة أدوية، يجب

إبلاغ الطبيب أو الصيدلي مباشرة عن أي علاج آخر

موازي.

الحمل - الرضاعة

الحمل

من المستحب عدم استعمال هذا الدواء خلال الحمل. إذا

اكتشفت أنك حامل، استشيري الطبيب، لأنه الوحيد الكفيل

بتحديد ضرورة متابعة العلاج.

الرضاعة

ينصح بعدم الرضاعة خلال العلاج.

بصفة عامة، ينبغي دأماً خلال الحمل والرضاعة

استشارة الطبيب أو الصيدلي قبل تناول أي دواء.

السائقون ومستعملو الآلات

قد يسبب استعمال أرتان اضطرابات في الرؤية أو

الانتباه، مما يجعل قيادة السيارات تشكل خطراً.

لائحة السواغات اللازم معرفتها من أجل استعمال دون

خطر لدى بعض المرضى

لاكتوز: 140,7 ملغ لكل قرص 5 ملغ