

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

- 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° W21-709144

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3070 Société : R.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL GARTI, SAMAE
Date de naissance : 07/03/1966
Adresse : Box 13 TS N°8 Rue belcane
HAY RIAD RABAT
Tél. : 061259863 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation :
Nom et prénom du malade : EL GARTI, SAMAE Age :
Lien de parenté : ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
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 : 24 / 10 / 2002
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-709144

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 3070
Nom de l'adhérent(e) : EL GARTI
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

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
24.10.2021		5	2000	[Signature]
		7	3000	

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Montant de la Facture
24.10.2021	133,8

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DEBUT D'EXECUTION [] FIN D'EXECUTION []																
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DATE DU DEVIS [] DATE DE L'EXECUTION []																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G	
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	[Création, remont, adjonction]																			
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

Dr Fatima FADLI FAIK

Professeur au CHU de Rabat

Spécialiste des Maladies
de l'Appareil Digestif

Hépatogastroentérologie

Fibroskopie digestive - Echographie - Proctologie



د فاطمة فاضلي فائق

استاذة بالمركز الصحي الجامعي بالرباط

اختصاصية في أمراض

الكبد والجهاز الهضمي

التشخيص بالمنظار والامواج الصوتية

0177717110
Secteur 18, N°6 et 19 Annexe
Mosquée Saïf, Hay Riad
Pharmacie Sanaoudi Kial

Pr. F. FADLI FAIK
Ex Professeur au CHU de Rabat
Hépatogastroentérologue
Im. Essaada, rue Beyrouth, Entrée N°4

24-10-2022

9^h ← **Sanh Samar**

87.00
— Relaxium 300B6

19/10/2022

46.00
— Stimol
10mg x 2/2

T. 183. — **Act 912**
1/10/22

Pr. F. FADLI FAIK
Ex Professeur au CHU de Rabat
Hépatogastroentérologue
Im. Essaada, rue Beyrouth, Entrée N°4

Rabat - Tél. 05 37 71 71 10
Mosquée Saïf, Hay Riad
Secteur 18, N°6 et 19 Annexe
Pharmacie Sanaoudi Kial

عمارة الوعادة، رفقة بيروت، مدخل 4 الطابق 2 شقة 405 - الرباط

Immeuble Essaada, rue Beyrouth - entrée 4 - 2^{ème} étage apt. n°405 - Rabat

هاتف الكتابة : 0687.43.14.08 - Téléphone secrétariat : 0537.20.55.50 - الهاتف

Relaxium[®]

B6

300 mg



1 gélule par jour

*magnésium
vitamine B₆*

LOT: 220420
DLUO: 05/2025
87,00DH

COMPLEXE RELAXANT

VOIE ORALE
30 GÉLULES



146-147 Zl. Tit Mellil - Casablanca

Laboratoires Deva Pharmaceutique
J.OUAJDI Pharmacien Responsable

Ingrédients

Relaxium[®] 300 mg
B6
30 GÉLULES

حالات التعب
20 أمبولة
بدون سكر

LOT: 0411
PER: 07 2025
PPV: 46.00DH

ستيمول
مالات السيتروولين

STIMOL®
20 ampoules buvables
de 10 ml
6 118000 370017

ستيمول[®] 10 / غ
مالات السيتروولين
محلول للشرب في الأمبولة

1,00 غرام
الكبيرة الكافية لأمبولة 10 مل
محلول للشرب في الأمبولة

1. ما هو ستيمول[®] 10 / غ 10 مل: محلول للشرب في أمبولات وما هي الحالات التي يستخدم فيها:
الشكل الصيدلي والتقديم: محلول للشرب في أمبولة تحتوي كل عبوة على 20 أمبولة.
الصنف الصيدلي: العلاج، مضاد الموم.

دواعي الاستعمال: يوصف هذا الدواء لعلاج حالات التعب العابرة.

2. ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل الشروع في استعمال ستيمول[®] 10 / غ 10 مل: محلول للشرب
نورمي الإستعمال: فوط الحساسية المعروفة تجاه أحد المكونات. في حالة الشك، استشيروا طبيبك أو

إحتياطات الاستعمال: تحتوي كل أمبولة على 30 ملغ من المودينوم، مما يستوجب الحجة عند الأشخاص
الذين يتبعون حمية قليلة الملح نظرًا للموصلة المرتفعة، يجب دائمًا قراءة محتوى الأمبولة في كوب من الماء.
في حالة الشك، لا تترددوا في طلب المشورة من طبيبك أو من الصيدلي.

الاستعمال أثناء الحمل والرضاعة:
الحمل: مضاعفة عامة، ينبغي تجنب استخدام هذا الدواء خلال فترة الحمل. يستوجب اكتشاف حمل، أثناء فترة
العلاج، مراجعة الطبيب لأن الوجود القادر على معرفة ضرورة متابعة العلاج.
الرضاعة: ينبغي تجنب استخدام هذا الدواء أثناء الرضاعة. استشيروا طبيبك أو الصيدلي قبل تناول أي دواء.
قائمة السواغات: ذات تأثير ملحوظ المودينوم.

تفاعلات دوائية: لتجنب التفاعلات المحتملة بين مختلف الأدوية، يتوجب عليكم دائمًا إخبار طبيبك أو
الصيدلي عن أي علاج تتلقون.

3. كيف يستعمل ستيمول[®] 10 / غ 10 مل: محلول للشرب:
الجرعات: يقتصر استعمال هذا الدواء على البالغ والمطل ما بعد الست سنوات.

- البالغ: 3 أمبولات موزعة خلال اليوم الواحد.

- الأطفال: 2 أمبولة موزعة خلال اليوم الواحد.

أسلوب: طريقة الاستعمال ومدة العلاج: عن طريق الفم، يجب إزاحة ستيمول[®] في كوب من الماء أو في مقربة
آخر محلي. لا يجب استعمال هذا الدواء لمدة تتجاوز 4 أسابيع استشيروا طبيبك أو الصيدلي إذا شعرت أن
مفعول ستيمول[®] مختلف عن ما هو متوقع.

تعليمات في حالة نسيان جرعة واحدة أو عدة جرعات من ستيمول[®]: إذا نسيتم أخذ ستيمول[®] 10 / غ 10 مل،
محلول للشرب، لا تتضاعفوا الجرعة لتعويض الجرعة النسيئة.

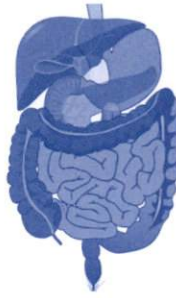
Dr Fatima FADLI FAIK

Professeur au CHU de Rabat

Spécialiste des Maladies
de l'Appareil Digestif

Hépatogastroentérologue

Fibroskopie digestive - Échographie - Proctologie



د فاطمة فاضلي فائق

استاذة بالمركز الصحي الجامعي بالرباط

اختصاصية في أمراض
الكبد والجهاز الهضمي

التشخيص بالمنظار والامواج الصوتية

24/10/2022

FACTURE

NOM ET PRENOM : MME EL GARTI SANAE

PRIX PAYEE : DEUX CENT DIRHAMS (200 DH)

+

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

PRIX PAYEE : TROIS CENT DIRHAMS (300 DH)

Pr. F. FADLI FAIK
Ex Professeur au CHU de Rabat
Hépatogastroentérologue
Im. Essaada, Rue Beyrouth, Entrée N°4
2ème Etage - N° 405 - Rabat
Tél. : 0537.20.55.50

عمارة السعادة، زنقة بيروت، مدخل 4 الطابق 2 شقة 405 - الرباط

Immeuble Essaada, rue Beyrouth - entrée 4 - 2^{ème} étage apt. n°405 - Rabat

هاتف الكتابة : 0687.43.14.08 - Téléphone secrétariat : 0537.20.55.50