

## 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° W21-709144

B369  
B.M

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5070

Société :

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL GARTI SAMAE

Date de naissance :

07/03/1966

Adresse :

secte 15 T5 N08 Rue beldjama  
HAY RIAD RABAT

Tél. : 0661259863

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 24/10/2002

### 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 : 5070

Nom de l'adhérent(e) : EL GARTI

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

## **RELEVE 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
24.11.2021	SG + 2000 ETV + 3000 R3V	SG + 2000 ETV + 3000	INFORMADIFANT CHU de Brest Assuré au CHU de Brest Entrée 11111	Signature du Médecin

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Service Santé Hay-Ridé N°619 Année 2018	24.10.20	133,00

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### **VOLET ADHERENT**

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

#### **RELEVE 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'ODDF.

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"/>														
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>														
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																		

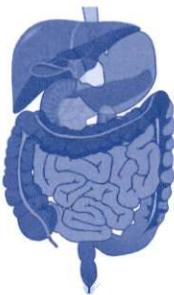
Dr Fatima FADIM FAIX

## **Professeur au CHU de Rabat**

Spécialiste des Maladies  
de l'Appareil Digestif

## Hépatogastroentérologue

Fibroscopie digestive - Echographie - Proctologie



د فاطمة فاضلی فائق

استاذة بالمركز الصحي الجامعي بالجامعة

الكتاب السادس  
الطب الكندي

## التشخيص بالمنضار والامواج الصوتية

241-1072

92

87. 9

- Relaxation 300 K

1966 & Jan 1969

46.8

46.8 Simele

100

$x y$

18

the 9th  
Oct 1900

العنوان: شقة 405، الطابق 2، مدخل 4، زنقة بيروت، العجادة، الرباط

Immeuble Essaâda, rue Beyrouth - entrée 4 - 2<sup>ème</sup> étage apt. n°405 - Rabat

هاتف الكتابة : 0537.20.55.50 - الهاتف : Téléphone secrétariat : 0687.43.14.08

# Relaxium® B6

300 mg

300 mg  
30 GÉLULES

1 gélule par jour

magnésium  
vitamine B<sub>6</sub>

LOT: 22D420  
DLUO: 05/2025  
87,00DH

COMPLEXE RELAXANT



146-147 Zi. Tit Mellil - Casablanca

Laboratoires Deva Pharmaceutique  
J.OUAJDI Pharmacien Responsable

VOIE ORALE  
30 GÉLULES

Ingrédients

Relaxium®  
B6

ستيول® / 10 مل  
ملاك السيفورلين  
محلول للشرب في أموية

نانة بخاخ العلاج الفعالة والسواغات:

الإذابة الفعالة: ملاك السيفورلين ..... 1 غرام .....  
باقي المكونات: تكميم لروتاج السانجروا المائي، محلول هيدروكسيد الصوديوم ..... الكافية لأنميول 10.00  
الشكل الميداني ..... ماء معقم .....

حالات التعب  
20 أمبولة  
بدون سكر

LOT: 0411  
PER: 07 2025  
PPV: 46.00DH

# ستيمول®

## ملاك السيفورلين

2. ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل الشراء لمي استعمال ستيمول ١ غ / 10 مل محلول للشرب؟  
مواعي الاستعمال: نفحة المسامية المعروفة تجاه أحد المكونات في حالة الشلل، أستثيروا طفبهم أو  
المستدل. الاستعمال: تحتوي كل أمبولة على 30 مل من الصوديوم، مما يستوجب الحفاظ عند الأشخاص  
الحياتيون يخدعون حدة قليلة اللسان، تقليل المقاومة من طبل المعاشرة، يجب دائمًا متفق الأنيول 10.00  
في حالة الشلل، لا تتردىوا إلى طبل المعاشرة من طفبهم أو من الصيدلي.  
الاستعمال: لتجاه العمل والرضاعمة، يستوجب اكتساب حل، أثناء فترة  
الحمل: بصحة عامة، ينصح باستخدام هذا الدواء خلال فترة الحمل، يستوجب اكتساب حل،  
الصلع، مراجعة الطبيب زائد الوحدة الدائري على معرفة صدوره طبهم أو الصيدلي قبل تداري أي دواء.  
فائدته السيوارات ذات تأثير ملحوظ الصوديوم.

تقاعلات دولية: لتجنب الفيروسات المحتملة بين مختلف الأدوية، يتوجب عليكم دائمًا طبهم أو

المستدل عن أي علاج مشتبه به.

STIMOL®  
20 ampoules buvables  
de 10 ml



6 118000 370017

آخر مطلي، لا يجب استخدام هذا الدواء على الأطفال، ما بعد الثالث سنوات  
ال耕耘ات، ينصح أستعمال موجة خلايا العوم الواحد.  
الطب: طريقة الاستعمال ودة العلاج عن طريق الفم، يجب إزالة ستيمول في الميدي أو المستدل إذا شرطه  
تقطيعات في حالة تسبيل حرومة واحدة جرعة من ستيمول: إذا نسيتم أخذ ستيمول ١ غ / 10 مل،  
محلول الشرب لا تضاعفوا الجرعة والتلوين الجرعة المتبقية.

**Dr Fatima FADLI FAIK**

Professeur au CHU de Rabat

Spécialiste des Maladies  
de l'Appareil Digestif

Hépatogastroentérologue

Fibroscopie digestive - Échographie - Proctologie



**د فاطمة فاضلي فائق**

أستاذة بالمركز الصحي الجامعي بالرباط

اختصاصية في أمراض

الكبد والجهاز الهضمي

التخسيص بالمنضار والأمواج 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. Essaâda, Rue Beyrouth, Entrée N°4  
2<sup>ème</sup> Etage, N° 405 - Rabat  
Tél. : 0537.20.55.50 - Téléphone secrétariat : 0687.43.14.08

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

Immeuble Essaâda, rue Beyrouth - entrée 4 - 2<sup>ème</sup> étage apt. n°405 - Rabat

Tél. : 0537.20.55.50 - Téléphone secrétariat : 0687.43.14.08