

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0044138

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1403 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : M9
Nom & Prénom : Facture
Date de naissance : 29/07/70
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 :
de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|------------------------|--------------------------------|----------|----------|----------|----------|---|--|----------|----------|----------|----------|--|--------------------------|
| | | | | Coefficient des travaux | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Montant des soins | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Début d'exécution | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Fin d'exécution | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F. Prothèses dentaires | Détermination du coefficient masticatoire | | | Coefficient des travaux | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table> | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | G | | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | | Montant des soins |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession | | | Date du devis | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Fin d'exécution | | | | | | | | | | | | | |
| Visa et cachet du praticien attestant le devis | | Visa et cachet du praticien attestant l'exécution | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|---|----------------|------------------------|-----|
| VOLET ADHERENT | | NOM : _____ | Mle |
| DECLARATION N° | | P 14 / 0031633 | |
| Date de Dépôt | Montant engagé | Nbre de pièces Jointes | |
| | | | |
| Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle | | | |



P 14 / 0031633

DATE DE DEPOT

/ / 201

| | | |
|--|---|---------------------------------|
| A REMPLIR PAR L'ADHERENT | | Mle 1403 |
| Nom & Prénom BOUGJA GHAMIA (v) BENANI DAKHANA | | |
| Fonction | Phones 06 61 19 64 48 | |
| Mail bougja.ghamia@hotmail.com | | |
| MEDECIN | Prénom du patient BENANI DAKHANA Ghom2 | |
| Adhérent <input type="checkbox"/> | Conjoint <input type="checkbox"/> | Enfant <input type="checkbox"/> |
| Age | | Date 8/11/22 |
| Nature de la maladie | | Date 1ère visite |
| Douleur Abdominale | | |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances | | |
| Nature des actes | Nbre de Coefficient | Montant détaillé des honoraires |
| G | 2 | 300 Dr |
| PHARMACIE | Date 8/11/2022 | |
| Montant de la facture 429,80 | | |
| PHARMACIE JERRADA 61, Bd Abderrahim Bouabid Oasis - CASABLANCA Tél.: 23.54.49 / 99.05.18 | | |
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | Date |
| Désignation des Coefficients | Montant détaillé des Honoraires | |
| ABDOMINALE | 429,80 | |
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | Date 8/11/2022 |
| Nombre | | Montant détaillé des Honoraires |
| AM | PC | IM |
| | | IV |
| | | 1129,80 |



CABINET HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE

DOCTEUR MUSTAPHA EL YOUNSI

Diplômé de la faculté de médecine de Paris

Diplômé universitaire des hépatites virales

ANCIEN ATTACHÉ DES HÔPITAUX DE PITIÉ-SALPÊTRIÈRE BEAUJON, BICHAT - PARIS

Membre de la société française de gastro-entérologie

Fibroscopie • Coloscopie • Protocologie • PH-MÉTRIE OESOPHAGIENNE

Echographie • CPRE + SPHINCTÉROTOMIE

PHARMACIE JERRADA
61, Bd Abderrahim Bouabid
Oasis - CASABLANCA
Tél.: 23.94.49 / 99.09.19

Mme BENANI DAKHAMA BOUGJA Ghania

Casablanca le, 08/11/2022

Nidazol 500

1 comprimé, matin et soir (pendant 05 jour)

Spectrum 500

1 comprimé, matin et soir (pendant 05 jour)

Mebeverine forte

1 comprimé, 3 fois par jour (pendant 03 jour)

Ultralevure gellule

2 gellules x 2 par jour (pendant 05 jour)

Ensuite 1 gellule x 2 par jour (pendant 02 mois)

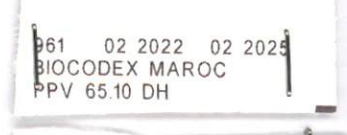
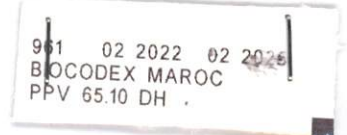
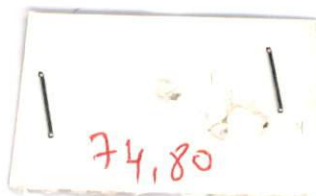
39.9.00

74.80

54.70

4 x 65.10

429.80



PHARMACIE JERRADA
61, Bd Abderrahim Bouabid
Oasis - CASABLANCA
Tél.: 23.94.49 / 99.09.19

Dr. EL YOUNSI MUSTAPHA
Hépatogastro-entérologie
203, Boulevard Zerktouni
Tél: 0522 36 01 80
Fax: 0522 36 01 80
Gsm: 0622 77 74 11

NIDAZOL®

(Métronidazole)

Comprimés et ovules

Composition :

- Comprimés à 250 mg
- Comprimés à 500 mg
- Ovules à 500 mg*

Métronidazole :
Excipients q.s.
Métronidazole :
Excipients q.s.
Métronidazole :
Excipients q.s.

• Antiparasitaire

LOT : 5614
UT. AV : 12-25
P.P.V : 39 DH 90

250 mg
comprimé
500 mg
comprimé
500 mg
ovule

Propriétés :

Le Métronidazole dérivé Nitro-5 imidazolé est doué d'une double activité :

- Bactéricide sur les bactéries anaérobies strictes
- Parasiticide à l'égard des Trichomonas vaginalis, Giardia intestinalis, Entamoeba histolytica.

Indications et posologie :

- Amibiase : pendant 7 jours.
 - * Adultes : 1,50 g par jour en 3 prises.
 - * Enfants : 30 à 40 mg / Kg / jour en 3 prises
- Lambliase : pendant 5 jours.
 - * Adultes : 0,750 g à 1 g par jour.
 - * Enfants : de 2 à 5 ans : 250 mg/j (1 comprimé à 250 mg).
de 5 à 10 ans : 375 mg/j (1 comprimé et demi à 250 mg).
de 10 à 15 ans : 500 mg/j (2 comprimés à 250 mg).
- Trichomonase :
 - * Chez la femme (Urétrites et vaginites à trichomonas) : 2 g en une seule prise (4 comprimés à 500 mg) ou traitement mixte de 10 jours comprenant 500 mg par jour par voie orale en 2 prises et 1 ovule par jour. Le partenaire doit être traité.
 - * Chez l'homme (urétrites à trichomonas) : 2 g en une seule prise ou 500 mg par voie orale en 2 prises pendant 10 jours.
- Vaginites :
 - * 500 mg 2 fois par jour pendant 7 jours, un traitement local (1 ovule / jour) peut être associé au traitement par voie orale.
- Infections à germes anaérobies :
 - * Adultes : 1 g à 1,5 g par jour.
 - * Enfants : 20 à 30 mg / Kg / jour.
- Chimio prophylaxie chirurgicale :
 - * Adultes : 500 mg toutes les 8 heures et ceci 48 heures avant l'intervention.
 - * Enfants : 20 à 30 mg / Kg / jour.

Contre-indications :

Hypersensibilité aux imidazolés.

Précautions d'emploi :

- Pendant le premier trimestre de la grossesse et au cours de la période de lactation, il est conseillé, par mesure de prudence, d'éviter l'administration orale de métronidazole.
- Eviter les boissons alcoolisées pendant la durée du traitement.

Effets indésirables :

- Ils sont rares :
- Troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhée, anorexie;
- Signes cutanéomuqueux : urticaire, bouffées vasomotrices, prurit;
- Céphalées, vertiges;
- Leucopénies.

Formes et présentations :

Comprimés dosés à 250 mg : Boîte de 20.
Comprimés dosés à 500 mg : Boîte de 20.
Ovules dosés à 500 mg : Boîte de 10.

Conservation :

- Ovules : A conserver à une température ne dépassant pas 25 °C.



CABINET HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE

DOCTEUR MUSTAPHA EL YOUNSI

Diplômé de la faculté de médecine de Paris

Diplômé universitaire des hépatites virales

ANCIEN ATTACHÉ DES HÔPITAUX DE PITIÉ-SALPÊTRIÈRE BEAUJON, BICHAT - PARIS

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GASTRO-ENTÉROLOGIE

Fibroscopie • Coloscopie • Protocologie • PH-MÉTRIE OESOPHAGIENNE

Echographie • CPRE + SPHINCTÉROTOMIE

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

Mme BENANI DAKHAMA BOUGJA Ghania, Casablanca le, 08/11/2022

Clinique

Ballonnement abdominal invalidant

Examen

Foie de taille normale, d'échostructure homogène et de contours réguliers.
Vaisseaux hépatiques libres.

Vésicule biliaire alithiasique, à paroi fine.

Voies biliaires intra et extrahépatiques non dilatées.

Rate homogène, de volume normal.

Reins de taille et d'échostructure normales avec bonne différenciation corticosinusale, sans dilatation des cavités pyélocalicielles.

Aérocolie importante.

Conclusion

Examen Normal

Dr. EL YOUNSI MUSTAPHA
Hepato Gastro Entero
203, Boulevard Zerk
Tél: 05 22 36 01 80
Fax: 05 22 36 01 80
Gsm: 06 23 77 74 11