

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 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.

M22- 0044138

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	7403	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	M&P Fakir
Nom & Prénom :		Date de naissance :	
Adresse :		Tél. : 0522227818	
		Total des frais engagés : 139020 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 : / /

à l'adhérent(e) :

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.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p>Coefficient des travaux</p> <p>Montant des soins</p> <p>Début d'exécution</p> <p>Fin d'exécution</p> </div>			
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p>Coefficient des travaux</p> <p>Montant des soins</p> <p>Date du devis</p> <p>Fin d'exécution</p> </div>			
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire	
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553	
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession </div>			
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution	
VOLET ADHERENT NOM :		Mme	
DECLARATION N° P 14 / 0031633		MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc	
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			
Cachet MUPRAS			

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme	1403
Nom & Prénom BOUGSA GHANIA (vu) BÉNANI DAKHANA Fonction / Phones 06.61.19.64.48 Mail bougza.ghania @hotmail.com			
MEDECIN		Prénom du patient BENANI DAKHANA Ghania	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age		Date 28/11/2022 Date 1ère visite	
Nature de la maladie Doléos ADORNEL			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires Q 2 300 Dr </div>			
PHARMACIE		Date 8/11/2022	
Montant de la facture PHARMACIE JERRADA 61, Bd Abderrahim Bouabid Oasis - CASABLANCA 429.80 Tél: 23.54.49.54.45.18			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date			
Désignation des Coefficients ECR- ABOMAR		Montant détaillé des Honoraires 400 Dr	
AUXILIAIRES MEDICAUX Date le 8/11/2022			
Nombre AM PC IM IV		Montant détaillé des Honoraires 129.80	
CACHET			



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 • Phémétrie oesophagiennne

Echographie • CPRE + Sphincterotomie

PHARMACIE JERRADA
61, Bd Abderrahim Bouabid
Oasis - CASABLANCA
Tél.: 23.54.49 / 88.88.18

Mme BENANI DAKHAMA BOUGJA Ghania

Casablanca le, 08/11/2022

(S)

Nildazol 500
1 comprimé, matin et soir (pendant 05 jour)

39.9.0

(S.V)

Spectrum 500
1 comprimé, matin et soir (pendant 05 jour)

74.80

(V)

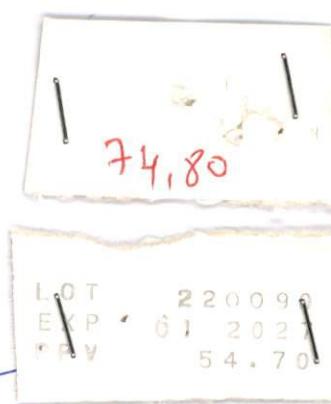
Mebeverine forte
1 comprimé, 3 fois par jour (pendant 03 jour)

54.70

(S.V)

Ultralevure gellule
2 gellules x 2 par jour (pendant 05 jour)

4 x 61.10



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

129.80

PHARMACIE JERRADA
61, Bd Abderrahim Bouabid
Oasis - CASABLANCA
Tél.: 23.54.49 / 99.05.18

Dr. EL YOUNSI MUSTAPHA
Hépato-Gastro-Entérologie
203, Bd ZERKOUNI
Tél: 0522 36 01 807
Fax: 0522 36 01 807
Gsm: 0622 77 74 74

NIDAZOL®

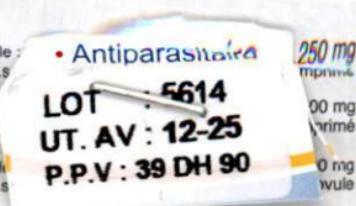
(Métronidazole)

Comprimés et ovules

Composition :

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

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



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
- Lamibiase : 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.
- Chimiothérapie 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 Entérologie
203, Boulevard Zerktouni
Tél: 0522 36 01 80
Fax: 0522 36 01 80
Gsm: 0623 77 74