

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.

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W21-626987

139483

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1333

Société : R.A.M

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MEGZARI ABDELHAKIM

Date de naissance : 16/04/1952

Adresse : 103, RUE ALI ABDELRAZAK EL SA

Tél. : 0 66 197 34 97

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. SEFRAOUI Maher
Hépatologue Gastro-Entérologue
175, Rue Boukraâ - Casablanca
Tél : 05 22 27 78 18

Date de consultation :

25/10/2021

Nom et prénom du malade :

Abdelhakim El Sa

Age : 53 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Cancer du Col de l'utérus

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 :

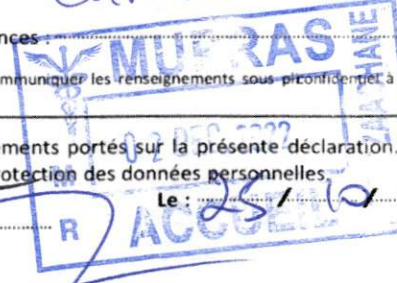
CASA

Le :

25/10/21

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

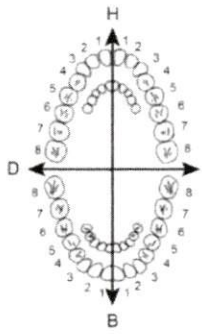
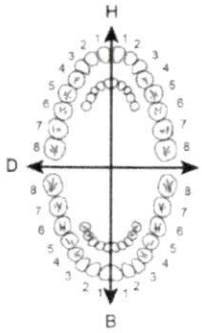


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
25.10.22	Consultation	1		Dr. SEFRANOU Hépatologue Gastro-Entérologue Rue Boukraâ - Casablanca Tél: 05 22 27 78 18 INPE: 091127209

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ALALI MERKEZ ECZANESI Ecz. Figen YALÇIN Mesihpaşa Mah. Ordu Cad. No: 79/6 Laleli-Fatih IST. Tel: 0212 635 17 23 Beyazıt V.D.T.C No: 189 530 77462 Ticaret Sicil No: 898151	27-10	18 €

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PHARMACIE HYPER Nadia BENNIS Angle Bd. Sir Anzarain et Ali Abou Tél: 022-9445-30 - CASABLANCA	25/10/22		30,00

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 pratique en indiquant la nature des soins																
Important : 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	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"/>												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<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">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>39533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	39533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	B															
	00000000	00000000														
	39533411	11433553														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Mohamed Maher SEFRAOUI

Spécialiste des Maladies du Foie et de l'Appareil Digestif

- Diplômé en proctologie chirurgicale Paris St-Louis
(Hémorroïdes, maladies anales...)
- Ancien médecin à l'Hôpital Avicennes-Rabat
et à l'Hôpital Léopold - Bellan Paris

Vidéo-endoscopie digestive
Echographie

الدكتور محمد ماهر الصفراوي

اختصاصي في أمراض الكبد والجهاز الهضمي

• خريج كلية باريس سان لويس في أمراض المخرج

• طبيب سابق في مستشفى ابن سينا الرباط

وفي مستشفى ليوبولد بلان باريس

التشخيص بالمنظار الداخلي
الكشف بالصدى

PHARMACIE HYPER
Nadia BENNIS
Angle Bd. Oly Anzalone et de Mohammed VI
Tél : 022-94-45-30 - CASABLANCA

625.10.22

Pr. Beerskin Hebls.

Piaseludin 300 mg

Unité

30^{mg} Piaseludin 300 mg



Dr. SEFRAOUI Maher
Hépatologue Gastro-Entérologue
175, Rue Boukraâ - Casablanca
Tél: 05 22 27 78 18
INPE: 091127209

إقامة جاسم حسام، 175 زنقة بوكراع، الطابق 2 (ملتقى شارع مولاي يوسف وزنقة المعرض الدولي) الدار البيضاء

الهاتف: 05 22 27 78 18 - الفاكس: 05 22 27 78 29 - الهاتف المحمول: 06 61 33 30 04

Résidence Jassim Houssam, 175 rue Boukraâ, 2^{ème} étage (Angle Bd. Mly Youssef, rue de la Foire Internationale) - Casablanca

Tél.: 05 22 27 78 18 - Fax : 05 22 27 78 29 - GSM : 06 61 33 30 04 - Email : mahersefraoui@yahoo.fr

Verilen Ürünler

1

GEÇMİŞ OLSUN
SAĞLIKLI GÜNLER DİLERİZ

Sıra	Ürün Adı	Fiyat	Miktar	Tutar
1	27/10/2022 12:19:00 PIASCLEDINE 300 MG 60 KAPSUL	362.86	1	362.86
Listelenen : 1	Satış Toplamı :	1	362.86	
	İskonto :	0.00		
	Net Tutar :	362.86		

LALELİ MERKEZ ECZANESİ
Ecz. Figen YALÇIN
Müşahhede Mah. Ordu Cad. No: 79/C
Etiler-Beşiktaş/İST. Tel:0212 635 17 23
Eczacı V.D.T.C No: 189 530 77482
Ticaret Sicil No: 896151

PIASCLEDINE® 300 mg kapsül

Sabunlaşmamış avokado ve soya ekstresi

PIASCLEDINE® 300 mg kapsül

Sabunlaşmamış avokado ve soya ekstresi



(01) 08682162000023
(21) 82804164803456
(17) S.K.T:02.2025
(10) L517

Kesilmiş veya açılmış ambalajları satın almayınız.
Kullanmadan önce kullanma talimatını okuyunuz.
Beklenmeyen bir etki görüldüğünde doktorunuza
veya eczacınıza bildiriniz. 25°C altındaki
oda sıcaklıklarında saklayınız.
Çocukların göremeyeceği, erişemeyeceği
yerlerde ve ambalajında saklayınız.
Ağız yoluyla alınır.

Ruhsat Numarası: 31.03.2020-2018/260

Ruhsat Sahibi: Expanscience Laboratuvarları İlaç San.
Paz. Ve Dış Tic. A.Ş. Ataşehir / İstanbul
Üretim Yeri: Laboratoires Expanscience Epéron /
Fransa



8



PROSPAN®

Sirop Traitement de la toux

Bien agiter avant utilisation.

Pour plus d'informations, lire attentivement la notice.

Ne pas laisser à la portée et à la vue des enfants.

À conserver à une température inférieure à 25°C et à l'abri de l'humidité.

AMM N° 02/19 /DMP /21 /NRQDNM

PROSPAN® Sirop 100 ml

PPV : 30.00 DH



6 1 1 8 0 0 0 3 0 0 0 5 2



LABORATOIRES KOSMOPHARM

272, Lotissement Lina, Rue 5 - Z.I.

Sidi Maârouf 20550 Casablanca - Maroc

www.kosmopharm.com

Sous Licence **ENGELHARD** - Allemagne