

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- 0040030

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6233

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LAMNAOUIA Abdelaziz

Date de naissance : 29-11-59

Adresse : AVTANTAN des-LES TERRASSES-IM.H.

Ap. 10. 2^e ETAGE. CAS.

Tél : 0662 80 09 24

Total des frais engagés 896,80

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/11/2022

Nom et prénom du malade : M^{re} EPH naoui Abdelaziz Age: 64 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Anémie ferriprive, Hyperamylasémie

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 : CAS.

Signature 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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant l'exécution des Actes
08.11.22			150,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Hanan HABOUCHA 60, Avenue Tamar & Bd La Corniche CASABLANCA - Tél. 05 22 55 35 30	08/11/22	746,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

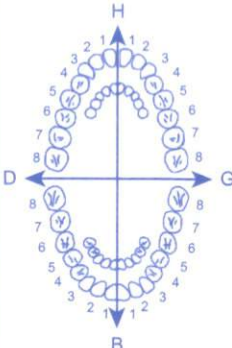
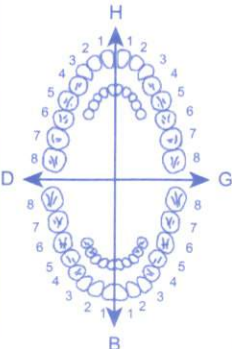
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				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"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
20100 CASABLANCA
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP : 1336241	N° SEJOUR : 220101365	FACTURE N° 2202024957		DATE D'ENTREE : 08/11/2022		DATE DE SORTIE : 08/11/2022					
ASSURE :		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : EL MNAOUAR,Abdelaziz							
MALADE : EL MNAOUAR,Abdelaziz											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :									
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION DE SPÉCIALISTE		CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : M0100005 DR JALAL OUASSIMA	TOTAUX :	150.00						150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS		PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
		REMISE :	0.00	REGLE :	150.00		AVOIR :	
		RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 08/11/2022		EDITEE LE : 08/11/2022		PAR: LAGRIB		ACCIDENT DE TRAVAIL :		
VISA		N° DE POLICE :		DATE AT :				
		Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef				
		BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA				
		N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31				

Polyclinique CNSS
Derb Ghallef



وصفة
ORDONNANCE



Le 08/11/22

Mr Lammoun Abdelaziz

94,00 x 4

10 Ferplex Fol

12360 x 3 - 0 - 1 x 01 mois

20 Guerin

1 prise / j le matin a je

x 01 mois

FERPLEX[®] FOL

40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable
Fer protéine succinylate + Calcium Folinate

Boîte de 10 flacons uni-doses
avec bouchon réservoir de poudre
pour solution extemporanée.

PPV : 94,00 Dhs



6 118001 440047

FERPLEX[®] FOL

40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable
Fer protéine succinylate + Calcium Folinate

Boîte de 10 flacons uni-doses
avec bouchon réservoir de poudre
pour solution extemporanée.

PPV : 94,00 Dhs



6 118001 440047

FERPLEX[®] FOL

40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable
Fer protéine succinylate + Calcium Folinate

Boîte de 10 flacons uni-doses
avec bouchon réservoir de poudre
pour solution extemporanée.

PPV : 94,00 Dhs



6 118001 440047

FERPLEX[®] FOL

40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable
Fer protéine succinylate + Calcium Folinate

Boîte de 10 flacons uni-doses
avec bouchon réservoir de poudre
pour solution extemporanée.

PPV : 94,00 Dhs



6 118001 440047

PHARMACIE EDEN ROCK
Dr. HANAN HABOUBHA
60, Avenue Tantan & Bd. La Corniche
CASABLANCA - Tél. : 05 22 36 35 30

Dr. JALAL Ouassania
Spécialiste en Médecine
Interne et Gériatrie
097037144

évaluation si vous pouvez prendre Nexium pendant cette période. ~~Comme~~ pas si Nexium passe dans le lait maternel. Par conséquent, vous ne devriez pas prendre Nexium si vous allaitez.

Conduite de véhicules et utilisation de machines

Il est peu probable que Nexium exerce une influence sur la capacité à conduire un véhicule ou à utiliser des outils ou des machines. Cependant, des effets indésirables tels que des étourdissements et des perturbations visuelles peuvent survenir peu fréquemment ou rarement (voir rubrique 4). Si vous êtes dans ce cas, vous ne devez pas conduire ou utiliser des machines.

Nexium contient du saccharose

Nexium contient des sphères de sucre qui contiennent du saccharose, un type de sucre. Si votre médecin vous a dit que vous êtes intolérant à certains sucres, vous devez prendre contact avec votre médecin avant de prendre ce médicament.

3. Comment prendre Nexium

Veillez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement les indications de votre médecin ou pharmacien. Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en cas de doute.

ce médicament depuis longtemps, votre médecin voudra vous contrôler
il si vous le prenez depuis plus d'un an).

n vous a prescrit de prendre ce médicament quand vous en sentez le besoin,
tacter votre médecin si les symptômes changent.

vous dira combien de comprimés vous devez prendre, et pour combien de
pendra de votre état, de votre âge et de la manière dont fonctionne votre foie.
mandées sont mentionnées ci-dessous.

≥ adultes âgés de 18 ans et plus

lant causé par la maladie du reflux gastro-œsophagien (RGO) :

Si votre médecin a diagnostiqué une légère lésion de votre œsophage, la dose recommandée est d'un comprimé gastro-résistant de Nexium 40 mg une fois par jour pendant 4 semaines. Si votre œsophage n'est pas encore cicatrisé, votre médecin peut vous dire de prendre encore la même dose pendant 4 semaines.

Une fois l'œsophage cicatrisé, la dose recommandée est d'un comprimé gastro-résistant de Nexium 20 mg, une fois par jour.

Si votre œsophage n'est pas blessé, la dose recommandée est d'un comprimé gastro-résistant de Nexium 20 mg chaque jour. Lorsque les symptômes seront sous contrôle, le médecin pourra vous recommander de prendre votre médicament uniquement

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair briou al ouam rochen
noires casablanca

INEXIUM

40 mg

Boîte 14

Cpr GR

641150MP21NRQ P.P.V. 123,60 DH
6 118001 020607

évaluation si vous pouvez prendre Nexium pendant cette période. ~~Comme~~ pas si Nexium passe dans le lait maternel. Par conséquent, vous ne devriez pas prendre Nexium si vous allaitez.

Conduite de véhicules et utilisation de machines

Il est peu probable que Nexium exerce une influence sur la capacité à conduire un véhicule ou à utiliser des outils ou des machines. Cependant, des effets indésirables tels que des étourdissements et des perturbations visuelles peuvent survenir peu fréquemment ou rarement (voir rubrique 4). Si vous êtes dans ce cas, vous ne devez pas conduire ou utiliser des machines.

Nexium contient du saccharose

Nexium contient des sphères de sucre qui contiennent du saccharose, un type de sucre. Si votre médecin vous a dit que vous êtes intolérant à certains sucres, vous devez prendre contact avec votre médecin avant de prendre ce médicament.

3. Comment prendre Nexium

Veillez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement les indications de votre médecin ou pharmacien. Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en cas de doute.

ce médicament depuis longtemps, votre médecin voudra vous contrôler
il si vous le prenez depuis plus d'un an).

n vous a prescrit de prendre ce médicament quand vous en sentiez le besoin,
tacter votre médecin si les symptômes changent.

vous dira combien de comprimés vous devez prendre, et pour combien de
pendra de votre état, de votre âge et de la manière dont fonctionne votre foie.
mandées sont mentionnées ci-dessous.

≥ adultes âgés de 18 ans et plus

lant causé par la maladie du reflux gastro-œsophagien (RGO) :

Si votre médecin a diagnostiqué une légère lésion de votre œsophage, la dose recommandée est d'un comprimé gastro-résistant de Nexium 40 mg une fois par jour pendant 4 semaines. Si votre œsophage n'est pas encore cicatrisé, votre médecin peut vous dire de prendre encore la même dose pendant 4 semaines.

Une fois l'œsophage cicatrisé, la dose recommandée est d'un comprimé gastro-résistant de Nexium 20 mg, une fois par jour.

Si votre œsophage n'est pas blessé, la dose recommandée est d'un comprimé gastro-résistant de Nexium 20 mg chaque jour. Lorsque les symptômes seront sous contrôle, le médecin pourra vous recommander de prendre votre médicament uniquement

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair briou al ouam rochen
noires casablanca

INEXIUM

40 mg

Boîte 14

Cpr GR

641150MP21NRQ P.P.V. 123,60 DH
6 118001 020607

évaluation si vous pouvez prendre Nexium pendant cette période. ~~Comme~~ pas si Nexium passe dans le lait maternel. Par conséquent, vous ne devriez pas prendre Nexium si vous allaitez.

Conduite de véhicules et utilisation de machines

Il est peu probable que Nexium exerce une influence sur la capacité à conduire un véhicule ou à utiliser des outils ou des machines. Cependant, des effets indésirables tels que des étourdissements et des perturbations visuelles peuvent survenir peu fréquemment ou rarement (voir rubrique 4). Si vous êtes dans ce cas, vous ne devez pas conduire ou utiliser des machines.

Nexium contient du saccharose

Nexium contient des sphères de sucre qui contiennent du saccharose, un type de sucre. Si votre médecin vous a dit que vous êtes intolérant à certains sucres, vous devez prendre contact avec votre médecin avant de prendre ce médicament.

3. Comment prendre Nexium

Veillez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement les indications de votre médecin ou pharmacien. Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en cas de doute.

ce médicament depuis longtemps, votre médecin voudra vous contrôler
il si vous le prenez depuis plus d'un an).

n vous a prescrit de prendre ce médicament quand vous en sentez le besoin,
tacter votre médecin si les symptômes changent.

vous dira combien de comprimés vous devez prendre, et pour combien de
pendra de votre état, de votre âge et de la manière dont fonctionne votre foie.
mandées sont mentionnées ci-dessous.

Adultes âgés de 18 ans et plus

ant causé par la maladie du reflux gastro-œsophagien (RGO) :

Si votre médecin a diagnostiqué une légère lésion de votre œsophage, la dose recommandée est d'un comprimé gastro-résistant de Nexium 40 mg une fois par jour pendant 4 semaines. Si votre œsophage n'est pas encore cicatrisé, votre médecin peut vous dire de prendre encore la même dose pendant 4 semaines.

Une fois l'œsophage cicatrisé, la dose recommandée est d'un comprimé gastro-résistant de Nexium 20 mg, une fois par jour.

Si votre œsophage n'est pas blessé, la dose recommandée est d'un comprimé gastro-résistant de Nexium 20 mg chaque jour. Lorsque les symptômes seront sous contrôle, le médecin pourra vous recommander de prendre votre médicament uniquement

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair briou al ouam rochen
noires casablanca

INEXIUM

Cpr GR

40 mg
Boîte 14

641150MP21NRQ P.P.V. 123,60 DH
6 118001 020607