

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 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

M23-001038

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11135 Société : RA7
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : DEBART ABDELLATIF
 Date de naissance : 31/12/1970
 Adresse :
 Tél. : 061312643 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

 Date de consultation :/...../.....
 Nom et prénom du malade : DEBART ABDELLATIF Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Troubles digestifs
 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 :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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
02/05/23	C	2	3000	Dr. Bouchra MADI Spécialiste des Maladies de l'appareil dentaire 78, Bd Mokhtar Soussi Hassania - Mohammadia Tel : 05 23 28 44 30

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MOUMEN BD LA PALESTINE LOT MOUMEN EL-ALIA MOHAMMEDIA INPE: 092444049 TEL: 05 23 28 44 85	02.05.23	120,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PHARMACIE MOUMEN BD LA PALESTINE LOT MOUMEN EL-ALIA MOHAMMEDIA INPE: 092444049 TEL: 05 23 28 44 85			

AUXILIAIRES MEDICAUX

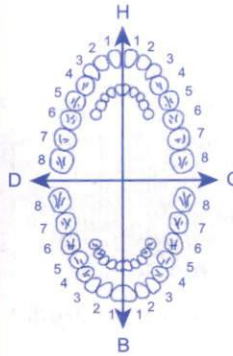
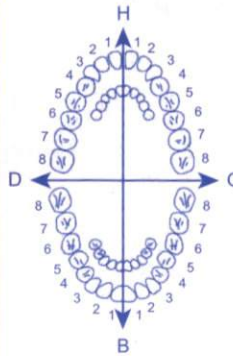
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Docteur Bouchra MADI

Spécialiste des Maladies
de l'appareil digestif
Estomac - Foie - Intestins
Hémorroïdes

Endoscopie Digestive
Echographie Abdominale



الدكتورة بشرى الماضي

إختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي
المعدة - الأمعاء
الكبد - البواسير
الفحص بالمنظار الداخلي
الفحص بالصدى

Mohammedia le 02/05/2023 في المحمدية

MR JERRARI MOHAMMEDIA

40,40

- Meteospasmyl 1 - 1 - 1

PHARMACIE MOUMEN
BD LA PALESTINE LOT MOUMEN
EL-ALIA MOHAMMEDIA
INPE: 09 204 40 49
TEL: 05 23 28 44 85

METEOSPASMYL® B 20 caps molles
Alvéine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
P.F.V. : 40,40 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca
6 118001 100293

80,00

- Debrinet 1 - 0 - 1

الدكتورة بشرى الماضي
Dr Bouchra MADI
Spécialiste des maladies de l'appareil digestif
8, Bd Mokhtar Soussi Hassania - Mohammedia
Tel : 05 23 28 15 30

- Celcel 1 - 0 - 1

120,40

615g

778, شارع المختار السوسي الحسنية 1، العالية - المحمدية

778, Bd Mokhtar Soussi, Hassania 1, El Alia - Mohammedia ☎ 05 23 28 15 30

**LISTE DES EXCIPIENTS DONT LA CONNAISSANCE EST
NECESSAIRE POUR UNE UTILISATION SANS RISQUE CHEZ
CERTAINS PATIENTS :**

Lactose

**COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT (POSOLOGIE ET
MODE D'ADMINISTRATION) :**

RESERVE A L'ADULTE.

1 comprimé, 3 fois par jour.

Voie orale.

Les comprimés doivent être avalés avec un verre d'eau.

**FREQUENCE ET MOMENTS AUXQUELS LE MEDICAMENT
DOIT ETRE ADMINISTRE :**

3 prises par jour.

**DANS TOUTS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT A
L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.**

EFFETS NON SOUHAITES ET GENANTS (EFFETS

INDESIRABLES) :

COMME TOUT PRODUIT ACTIF, CE MEDICAMENT PEUT, CHEZ
CERTAINES PERSONNES, ENTRAINER DES EFFETS PLUS OU

MOINS GENANTS : rares réactions cutanées.

SIGNALEZ A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN TOUT
EFFET NON SOUHAITE ET GENANT QUI NE SERAIT PAS
MENTIONNE DANS CETTE NOTICE.

CONDITIONS DE DELIVRANCE :

CE MEDICAMENT EST INSCRIT SUR LE TABLEAU C
VOTRE PHARMACIEN NE POURRA VOUS EN DELIVRER QUE SUR
PRESENTATION DE VOTRE ORDONNANCE.

CE MEDICAMENT VOUS A ETE PERSONNELLEMENT PRESCRIT
DANS UNE SITUATION PRECISE :

• NE PAS LE REUTILISER SANS AVIS MEDICAL

• NE PAS LE CONSEILLER A UNE AUTRE PERSONNE.

CONSERVATION :

NE PAS DEPASSER LA DATE LIMITE D'UTILISATION FIGURANT
SUR LE CONDITIONNEMENT EXTERIEUR.

PRECAUTIONS PARTI

Ce médicament est à co

0 0 0 8

P.P.V

0 5 2 5

UT. AV. :

F Y 4 4 4 3

LOT N° :

® Marque déposée

Laboratoires PFIZER S.A.

0,5 km route de Qualidia - El Jadida

Docteur Bouchra MADI

Spécialiste des Maladies
de l'appareil digestif
Estomac - Foie - Intestins
Hémorroïdes

Endoscopie Digestive
Echographie Abdominale



الدكتورة بشرى الماضي

إختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي

المعدة - الأمعاء

الكبد - البواسير

الفحص بالمنظار الداخلي

الفحص بالصدى

Mohammedia le 2023-05-02 في المحمدية

YR
JERARI
Le Cherche Le Souffre
des Selles

الدكتورة بشرى الماضي
Dr Bouchra MADI
Spécialiste des maladies de l'appareil digestif
18, Bd Mokhtar Soussi Hassania - Mohammedia
Tel : 05 23 28 15 30

778، شارع المختار السوسي الحسنية 1، العالية - المحمدية

📍 778, Bd Mokhtar Soussi, Hassania 1, El Alia - Mohammedia ☎ 05 23 28 15 30