

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0012392

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 904 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Rej Raj Naima ELMATRAJJI
Date de naissance : 28/12/1952
Adresse : 510 Rue Goulmimo APP 12 Casablanca
Tél. 0664 04 53 87 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/10/2023
Nom et prénom du malade : Rej Raj Naima ELMATRAJJI Age : 19R
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : RGO Dyspepsie
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 : Casablanca Le : 5 / 10 / 2023
Signature de l'adhérent(e) : Rej Raj

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

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
01/10/23			3000	

Dr. HAROVA KADI Maria
 Hepato Gastroentérologie
 Tel: 06 68 29 39 09

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

Pharmacie
 Nagea El Aou
 118, rue de la République - Constantine
 Tél: 03 26 22 23 24

05
 10
 23

373,80

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

AM PC IM IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

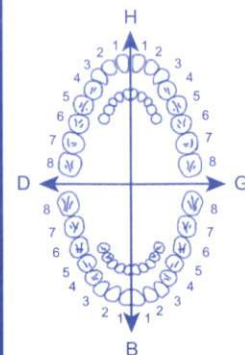
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

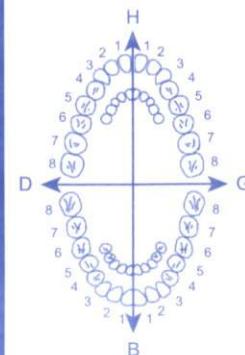
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H
 25533412 21433552
 00000000 00000000
 D G
 00000000 00000000
 35533411 11433553
 B

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr USHAKOVA
KADI Maria

Spécialiste en Hépatogastroentérologie
& Proctologie

Diplôme de la faculté de Médecine de
L'Université d'État Lomonossov de Moscou

Ancien médecin au CHU Ibn Rochd de
Casablanca



الدكتورة أوشاكوفا
قاضي ماريا

إختصاصية في أمراض الكبد
و الجهاز الهضمي

دبلوم كلية الطب بجامعة
موسكو

طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى
الجامعي ابن رشد بالدار البيضاء



Casablanca, Le 05/10/2023

ORDONNANCE

Mme REJRAJ ep. MATRAJJI Naima

- Coucher au minimum 3 heures après le dîner
- Surélever la tête du lit

99,00 x 2

Esac 40 mg 1 gel le matin à jeun pdt 6 semaines

Gaviscon 1 sachet x 4 fois/jour après chaque repas en cas de
persistance du reflux

40,40 x 2

Meteospasmyl 60 mg/300 mg 1 caps molle x 3 fois/jour

95,00 x 2

Extramag 1 cp le matin

373,80

Dr. USHAKOVA KADI Maria
Hépatogastroentérologue
Tel: 06 68 29 39 09

☎ +212 5 22 31 53 48 ☎ URGENCE +212 6 68 29 39 09 @ dr.ushakova.kadi@gmail.com

IMAN CENTER Rue Arrachid Mohamed, Étage 7^{ème}, N°2 (Angle Av. des Forces Armées Royale)
CASABLANCA 20110 الدار البيضاء رقم 2 - الطابق 7, مركز إيمان زنقة الرشيد محمد (زاوية شارع الجيش الملكي)

Ineso 40 mg ○
14 Gélules
Deva Pharmaceutique



6 118000 410461

LOT: M1146
PER: 04/2025
PPU: 99.00DH

Ineso 40 mg ○
14 Gélules
Deva Pharmaceutique



6 118000 410461

LOT: M1146
PER: 04/2025
PPU: 99.00DH

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



6 118001 100293

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



6 118001 100293

Extramag®
TRIPLE ACTION

Date de fabrication :
A consommer de
préférence avant fin :
N° de lot :

PPC = 95,00 DHS

06/2022
06/2025
0222141

V002 - 01/21
ETEXMAC030CP



3 760162 579741