

# 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

N° M21- 071344

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2504

Société : 146236

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : FERIATI ABDELPHADI

Date de naissance : 01/01/1954

Adresse : La T. Ma Braouia 99 Route Ashi Mohamed

Tél. : 0661149294

Total des frais engagés : 373,60

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mouhssine LAHLOU MIMI  
Expert Assermenté  
Omnipraticien  
Diplômé en Diabétologie  
16, Imm. 37 Appt. N° 3 ABK - M. Hamid 9  
Tél. : 05 24 01 00 46 / 06 61 71 27 79  
INP: 07 11 84 550

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Abdelphadi FERIATI

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : lombalgie

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 : Marrakech

Le : 21 / 12 / 22

Signature de l'adhérent(e) :



### 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
12 1 DEC 2022			150,00	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HAY MABROUKA Abdelghani HAYMABROUKA Dr. en pharmacie 6, Lot. Mabrouka Residence Taif 1 Jbel Gueliz Marrakech Tél: 05 24 42 31 77 - Fax: 05 24 44 84 87	21/12/22	223,60

### 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
		A M	P C	I M	I V	

### 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 colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D																		
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	G																		
	(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

**Docteur Mouhssine LAHLOUY MIMI**  
Médecine Générale

- Ancien Médecin Commandant des Hôpitaux Militaires
- Médecin expert auprès des tribunaux
- Diplôme universaire en Diabétologie (FRANCE)
- Docteur en médecine de la faculté de médecine de Rabat
- Diplôme des Etude supérieures en Maladies sexuellement Transmissible
- Diplôme universitaire en Echographie Générale
- Suivie de Grossesse - ECG - Alhijama
- Examen médical du permis de conduire

INP: 07 11 84 550

**الدكتور محسن لحلو ميمي**  
الطب العام

- طبيب عسكري سابق بالمستشفيات العسكرية
- خبير محلف لدى المحاكم
- مجاز في تخصص داء السكري بفرنسا
- خريج كلية الطب و الصيدلة بالرباط
- دبلوم الدراسات العليا في تخصص الأمراض منتقلة جنسيا
- دبلوم جامعي في الفحص بالصدى الصوتي
- تتبع النساء الحوامل - تخطيط القلب - الحجامة
- الفحص الطبي لرخص السياقة

Marrakech, le : 21 DEC 2022 مراكش في

Nom :

FERRAT

Prénom :

Abdelhak

86,40 Dobut. 90

68,60 x 2 2 Hepanah.

223,60



2 up = 2h

PHARMACIE HAY MARIANA  
Abdelghani ENNABIL Dr. en Pharmacie  
6, Lot Mabrouka Résidence  
Jbel Gueliz Marrakech 40000  
Tél: 05 24 42 31 77 - Fax: 05 24 42 34 87

**Dr. Mouhssine LAHLOUY MIMI**  
Expert Assermenté  
Omnipraticien  
Diplôme en Diabétologie  
16, Imm. 37 Apt. N°3 ABK - M'Hamid 9  
Tél.: 05 24 01 00 46 / 06 61 71 27 79  
INP: 07 11 84 550

يلوك 16، عمارة 37، شقة 3، أبراج الكتبية - المحاميد 9 - مراكش (أمام BMCE Bank)

Bloc 16, Imm 37, Apt N°3 Abraj El koutoubia - M'hamid 9 - Marrakech ( En face BMCE Bank )

Tél : 05 24 01 00 46 - GSM : 06 61 71 27 79



Andelghani ENNABILI Dr. en pharmacie  
6, lot. Mabrouka Residence Taif 1  
Jbel Guéliz Marrakech  
Tel. 05 24 42 31 77-Fax. 05 24 44 84 87

**Bon de Devis n°**

Date :

Ln/12/10d1

FACTURE N°0009024

Doit :  $FEA \cap ABDE / 1400$

PHARMACIE HAY MABROUKA  
TANNARIL Dr. en pharmacie

**HARMACIE HAY MANSOUR**  
Abdelghani ENNABIL Dr. en pharmacie  
Résidence Taif T

Abdelghani ENNABIL Dr. en pro  
6, Lot. Mabrouka Residence Taif 1  
S. 15017 Marrakech

Tél: 05 24 42 31 77 - Fax: 05 24 44 84 87

Réglé par :

TOTAL H.T.	223,60
T.V.A.....%	
T.T.C.	

Arrêtée la Prèsente Facture à la Somme de :

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de : Cent Vingt Mille Dhs et 60 C/M



# HEPANAT®

*le dieci erbe*

Le régulateur naturel du transit gastro-intestinal



40 comprimés



ESNAPHARM  
Laboratoire



HEPANAT® 40 comprimés  
8008843003013

ESI



Sans

40 comprimés

le dieci erbe

N° d'enregistrement : 20211112158/MAV4/DM/P/CA/18

هيپانات

40 قرص

A consommer de  
préférence avant fin :

Lot n°

68,60 DH

11/2024

X327C

SYSTEME DE GESTION QUALITE  
CERTIFIE ISO 9001:2015  
PAR CERTIQUALITY

Produit Fabriqué par ESI srl,

Via delle Industrie 1 Albissola Marina (SV) ITALY esi.it  
Importé et distribué par ESNAPHARM 7, Rue Abdelmajid  
Benjelloun - Maarif extension - Casablanca



# HEPANAT®

40 comprimés

le diéti crbe

N° d'enregistrement :



HEPANAT® 40 comprimés



A000843003013

# HEPANAT®

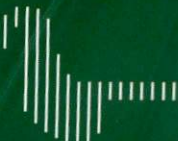
*le diéti crbe*

Le régulateur naturel du transit gastro-intestinal

ESNAPHARM  
Laboratoire



40 comprimés



## هيپانات

40 قرص

A consommer de  
préférence avant fin :

Lot n°

68,60 DH

11/2024

X327C

SYSTEME DE GESTION QUALITE  
CERTIFIE ISO 9001:2015  
PAR CERTIQUALITY

Produit Fabriqué par ESI srl



Via delle Industrie 1 Albissola Marina (SV) ITALY esi.it  
Importé et distribué par ESNAPHARM 7, Rue Abdelmajid  
Benjelloun - Maarif extension - Casablanca

DOLICOX 90 mg

Etoricoxib

7 Comprimés pelliculés



6 118000 041948

# دوليكوكس 90<sup>®</sup> ملغ

## إيتوريكوكسيب

7 أقراص مغلفة

عن طريق الفم

بوتني ش.م.  
82. مركز الكارناترياس - عين السبع - الدار البيضاء  
س. البوشوشي - صيدلي مسؤول

b

Lire la notice avant utilisation.

A conserver dans l'emballage d'origine à l'abri de l'humidité.

Médicament soumis à la prescription médicale.

AMM N° 423/17DMP/21/NNP

اقرأ النشرة قبل الإستعمال.

يحفظ داخل العلبة بعيداً عن الرطوبة.

دواء بوصفة طبية.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

إحترصوا الجرعات المحددة

جدول أ (الانحة 1) (Liste I) Tableau A

# DOLICOX<sup>®</sup> 90 mg

Etoricoxib

PEV: 86DH40  
LER: 03/25-1  
LOT: L1280-1