

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.
- Les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 canalaire, 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 canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

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.

W21-837818

195234

par bonjour

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent [e]			
Matricule : 8495		Société : RHM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné[e]	<input type="checkbox"/> Autre :	ESSALHI ABDELAZIZ
Nom & Prénom : ESSALHI ABDELAZIZ		Date de naissance : 14 JAN 1965	
Adresse : A ESSALHI @ ROYAL AIR MAROC . COM		Tél. : 0665 238 596 Total des frais engagés : 420,- Dhs	

Autorisation CNPD N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<p>Dr YOUSSEF LAMRANI PEDIATRE ALLERGOLOGUE Av. Sakia El Hamra - Bettan Face Lycée Plateau) - Sale Tél 05 37 88 21 12</p>			
Date de consultation : 24 JAN 2024			
Nom et prénom du malade : Inelhi			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Non renseigné			
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> 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 : 10/02/2024

Signature de l'adhérent[e] :

Le : 10/02/2024

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	
W21-837818	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent[e].	
Matricule :	
Nom de l'adhérent[e] :	
Total des frais engagés :	
Date de dépôt :	

RELEVE 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
14 JAN 2021	CH		27000	SOULAMARIE GOLLOGO, SAU

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Tél : 05 77 80 54 49 GSM : 06 44 40 00 88 N°4, Rue Doudkalla, Bettana - Sfax	24.12.24	170,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

• RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

Docteur Youssouf LAMRANI
PEDIATRE - ALLERGOLOGUE



Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

C.E.S de Pédiatrie et Puériculture
DU Immunologie Allergologie

الدكتور يوسف الأمرياني
اختصاصي في أمراض الطفل والرضيع
وأمراض الحساسية (الضيقية)

خريج كلية الطب بباريس

24/01/2024

ESSALHI HASSAN

Pds : 49 Kg Age: 12 a et 9 m

70,00

1- REFLUXAID STICK

1 stick 3x/j après repas , Pendant 10 j
Si douleurs épigastriques

84,70

2- ZEN MAG GEL

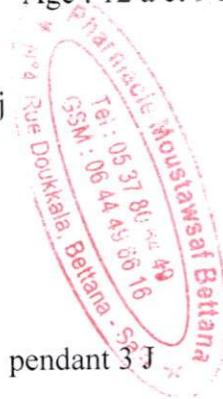
1gel soir , pendant 15 jours

3- DOLIPRANE CP 500 EFF

1 cp /6h si céphalées ou fièvre>38,5 , pendant 3 J

170,50

*Dr. Youssouf LAMRANI
PEDIATRE ALLERGOLOGUE
Av Sakia El Hamra - Bettana
Face Lycée Plateau) - Salé
Tél : 05 37 88 21 27 - GSM : 06 61 13 39 95*



272 جم

6 3 9 6 جم

005 جم
గිරිජාපාංශ

ශක්තිමත්

91 ශක්තිමත්

LOT 23.180/FC23
06/2026 PPC 84,70

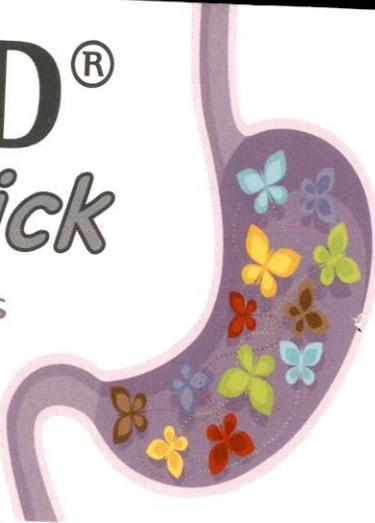
2 Gélules

Stress
Nervosité
Troubles du Sommeil

REFLUXAID®

Stick

24 Sachets monodoses
Anti-reflux



- **Dans quel cas utiliser REFLUXAID® :**
REFLUXAID® est un dispositif médical à usage oral qui, grâce à son action mécanique, est destiné à être utilisé pour limiter les symptômes du reflux gastro-oesophagien et de l'oesophagite. L'utilisation du produit limite la sensation de brûlure (brûlure d'estomac), de régurgitation, de la difficulté à avaler (dysphagie), de la déglutition douloureuse (odynophagie), de la toux, et de l'enrouement.
- Pour les instructions, les mises en garde et les contre-indications : voir la notice.

LOT
2319206
2026/07
PPC 70 DHS

LOT



6 118002 080068

