

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.

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

W21-837818

195234

par l'adhérent

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8495 Société : Rm
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ESSALHI ABDELAZIZ
Date de naissance : 14 MAR 1965
Adresse : A ESSALHI @ ROYALAIR MAROC.COM
Tél. : 0665 238546 Total des frais engagés : 420,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. YOUSSEF LAMRANI
PEDIATRE ALLERGOLOGUE
Av. Sakia El Hamra - Bettan
Face Lycée Plateau - Salé
Tél. 05 37 88 21 12
Date de consultation : 24 JAN 2024
Nom et prénom du malade : ESSALHI ABDELAZIZ
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Remboursement
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 : SALÉ Le : 10/02/2024
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

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 :

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
24 JAN 2024	CS		270 m	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien

ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

Tél : 05 97 80 54 49

GSM : 06 44 45 16 88

N°4, Wp - 102061688

Wp - 102061688

Wp - 102061688

Wp - 102061688

Wp - 102061688

Wp - 102061688

Wp - 102061688

Wp - 102061688

Wp - 102061688

Wp - 102061688

Wp - 102061688

Wp - 102061688

Wp - 102061688

Wp - 102061688

Wp - 102061688

Wp - 102061688

Wp - 102061688

Wp - 102061688

Wp - 102061688

Wp - 102061688

Wp - 102061688

Wp - 102061688

Wp - 102061688

Wp - 102061688

Wp - 102061688

Wp - 102061688

Wp - 102061688

Wp - 102061688

Wp - 102061688

Wp - 102061688

Wp - 102061688

Wp - 102061688

Wp - 102061688

Wp - 102061688

Wp - 102061688

Wp - 102061688

Wp - 102061688

Wp - 102061688

Wp - 102061688

Wp - 102061688

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

VOLET ADHERENT

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

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

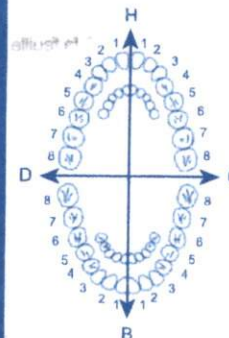
Coefficient

Montant des
Honoraires

CCEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION


O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
00000000	00000000		
35533411	11433553		

(Création, remont, adjonction)

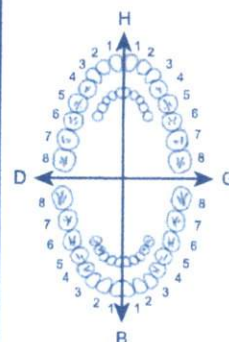
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Montant des
Honoraires

CCEFFICIENT
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

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 الأمراني

اختصاصي في أمراض الطفل والرضيع
وأمراض الحساسية (الضيق)

خريج كلية الطب بباريس

24/01/2024

ESSALHI HASSAN

Pds : 49 Kg Age : 12 a et 9 m

1- REFLUXAID STICK

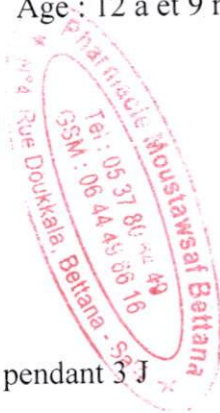
1 stick 3x/j après repas , Pendant 10 j
Si douleurs épigastriques

2- ZEN MAG GEL

1 gel soir , pendant 15 jours

3- DOLIPRANE CP 500 EFF

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



Dr. Youssouf LAMRANI
PEDIATRE ALLERGOLOGUE
Av. Sakia El Hamra - Bettana
Face Lycée (Plateau) - Salé
Tél : 05 37 88 21 27

إقامة النجد، عمارة أد، شارع الساقية الحمراء - بطانة - سلا - الهاتف (ع) : 05 37 88 21 27 - المتنقل : 06 61 13 39 95

Rés. Ennajd, Imm. AD, Av. Sakia Al Hamra, Bettana - Salé - Tél. : 05 37 88 21 27 - GSM : 06 61 13 39 95

البريد الإلكتروني : lamrani.y@hotmail.com - INPE : 101091536



ᠮᠤᠩᠭᠡᠨ ᠶᠢᠰᠦᠳᠦ

ရက်စက်စရာ 500 ဘဏ္ဍာ

16. $\frac{1}{2} \times \frac{3}{4} = \frac{1 \times 3}{2 \times 4} = \frac{3}{8}$

جہانِ ختم ۶۷

LOT 23.180/FC23
06/2025 PPC 84,70

Stress
Nervosité
Troubles du Sommeil

2 Gélules

- 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



REFLUXAID® *Stick*

24 Sachets monodoses
Anti-reflux

