

# 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.

## Diagnostique 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.

## Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 058377

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11252

Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : NADIF YASSIR

Date de naissance : 2/4/77

Adresse : bt. Stade d'Honneur Im 88 Maarif - CASA

Tél. : 0922 25 12 68

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/10/2020

Nom et prénom du malade : NADIF GHIAL

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

Age :

Nature de la maladie : Réanimation au stade de naissance

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.

Je certifie 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) :

[illegible]

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Actes	Observations
13.10.20	Vs		500.00	

Dr. Mohammed GHANNOUY  
Président  
Houmed Lot Zemmel  
Hoy Mounoud - Cosobianco  
Tél: 05 22 61 81 75 / Fax: 05 22 62 15 79

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/10/2020	7110

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/10/2020	7110

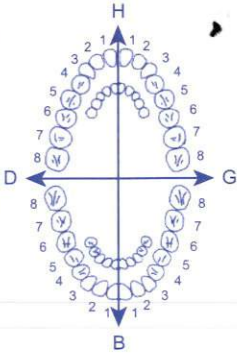
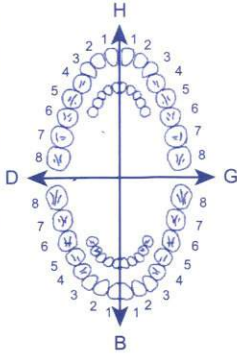
[illegible][illegible][illegible][illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;"> MONTANTS DES SOINS </div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;"> DEBUT D'EXECUTION </div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;"> FIN D'EXECUTION </div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="border: none;">H</td> </tr> <tr> <td style="border: none; text-align: center;">25533412</td> <td style="border: none; text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border: none; text-align: center;">00000000</td> <td style="border: none; text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border: none; text-align: center;">D</td> <td style="border: none; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="border: none; text-align: center;">00000000</td> <td style="border: none; text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border: none; text-align: center;">35533411</td> <td style="border: none; text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border: none;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;"> MONTANTS DES SOINS </div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;"> DATE DU DEVIS </div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;"> DATE DE L'EXECUTION </div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

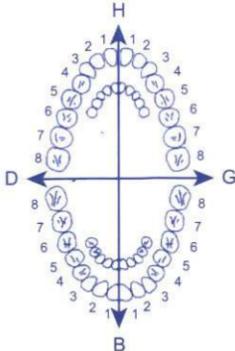
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Important :**

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

[illegible]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE		CCEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<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>D</td> <td>G</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> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
B																	
<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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"/>															

H

25533412  
00000000

21433552  
000000000

D —————  
00000000  
35533411

	000000000
	000000000
	11433553

1

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# عيادة طب الأطفال CABINET MEDICAL DE PEDIATRIE

**Dr GHANOUANE Mohamed**

Spécialiste des Maladies des Enfants,  
Nourrissons et Nouveau-nés  
Diplômé de l'Université de CAEN - France  
Diplôme des Urgences Pédiatriques de  
l'Université de RENNES  
**Allergie - Asthme**



حمد

والمواليد

لنفال

يقية



PPC  
LOT  
EXP

00.00 DH  
0010342  
01/2023

30.00

Casablanca, le : 13 10 20 : الدار البيضاء, في :

Bébé : NADIE - GAITA

**1. Kenaklon 2 mg**  
1 ampoule semaine pendant 5 semaines

**2. Tobrex collyre**

2 gouttes x 3/j pendant 10 jours

**3. Soins Ombilic x 2 par jour**

Eosine Aqueuse 2%

Compresses Stériles

**4. Liniderm**

1 app x 2 / j après changement des couches

**5. Lait**

Apdamil ✓

PHARMACIE DES STADES 2010  
Rue Al Foutat - Casablanca  
Tél: 05 22 25 49 25  
Fax: 35873067

**Dr. Mohammed GHANOUANE**  
Pédiatre  
594 Bd. Chouhada, Lot. Zemmouri  
Hay Mohammadi - Casablanca  
Tél: 05 22 61 81 75 - Tél/Fax: 05 22 62 15 23



PPV 1-4DH40  
PER 11/21  
LOT 12562

000mg

→ 14,40

(ans)

## COMPOSITION ET PRESENTATION

1g de paracétamol pour un suppositoire de 2,5 g soit 10 g de paracétamol par boîte.

Boîte de 10 suppositoires.

## PROPRIETES

Ce médicament est un antalgique, il calme la douleur. Il est antipyrétique, il fait baisser la température en cas de fièvre.

## INDICATIONS

Traitement de la douleur, notamment en cas de :

- douleurs rhumatismales, lumbagos, sciatiques, lombalgies, torticolis,
- douleurs musculaires et tendineuses, contractures douloureuses,
- douleurs dentaires et douleurs intercostales,
- fractures, entorses, luxations, douleurs après traitement orthopédique,

- douleurs au cours des interventions O.R.L.,

- maux de tête, migraines,

- règles douloureuses,

Traitement de la fièvre, notamment :

- états grippaux, gripes,
- maladies infectieuses, bactériennes et virales.

## Quelques conseils pour mieux traiter la douleur

Le produit doit être pris toutes les 6 à 8 heures et de façon régulière, de manière à prévenir la réapparition de la douleur.

Respecter les posologies préconisées par votre médecin.

## Quelques conseils pour mieux connaître Doliprane

Doliprane peut être associé aux médicaments suivants :

- anti-inflammatoires,
- cortisone ou ses dérivés,
- anticoagulants.

Doliprane peut être utilisé pendant la grossesse et pendant l'allaitement.

Doliprane n'est pas agressif pour votre estomac, ou votre intestin. Il peut être pris en cas d'ulcère gastrique ou duodénal.

BN: 1911035  
EXP: 11-2022  
PPC: 45,00 DH