

## 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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-563538

CA

58664

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 1161

Matricule : 1161 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : ESSAMLAH Mohamed

Nom & Prénom : ESSAMLAH Mohamed

Date de naissance : 30 juin 1950

Adresse : Resid. Yasmine 1182 WIFAQ - APT n° 11  
Temara

Tél. : 0661134122 Total des frais engagés : #557,90# Dhs

Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18.12.20

Nom et prénom du malade : ESSAMLAH Mohamed Age : 70

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Gastrite

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 : Rabat

Le : 18/12/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 Étage 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](http://www.mupras.com)



# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 | INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]                  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
|  | 18/12/2020 | 257,00                |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# 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.

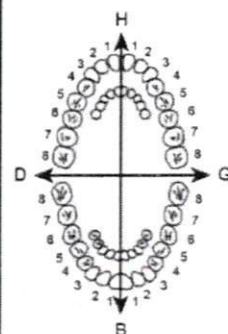
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|---|
|                 |                |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]                   |
|                 |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS [ ]                        |
|                 |                |                  |             | DEBUT D'EXECUTION [ ]                         |
|                 |                |                  |             | FIN D'EXECUTION [ ]                           |

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[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



# Professeur Hayat Ennoufous KRAMI

الأستاذة حياة النفوس الكرامي

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif

< Estomac - Foie - Intestins - Hémorroïdes >

Diplôme de proctologie médicale et chirurgicale

Endoscopie Digestive

Echographie Abdominale



اختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي  
المعدة - الأمعاء - الكبد - البواسير  
دبلوم أمراض المخرج وجراحة البواسير  
الفحص بالمنظار الداخلي  
الفحص بالصدى

Rabat, le

18/12/2020

7<sup>er</sup> Essamli Ned

18/12/2020

15 Ranciphex

PHARMACIE AL WOURQUD  
Secteur 3, N°3482  
AL Wifaa - Témara

30,50

1 cp

2x/5/15

2

Argo

PHARMACIE AL WOURQUD  
Secteur 3, N°3482  
AL Wifaa - Témara

1 cas

2x/5

après

repas.

1 jour.

257,90

Professeur KRAMI H.E.  
Médecin Généraliste et Proctologue  
Rue Beht, Immeuble 22, 1<sup>er</sup> étage, Appt. 6, Agdal - Rabat  
Tél. 05 37 68 04 04 - GSM 06 61 40 00 74

زنفة بهت، عمارة 22، الطابق الأول، شقة رقم 6، أكادال - الرباط

Rue Beht, Immeuble 22, 1<sup>er</sup> étage, Appt. 6, Agdal - Rabat

Tél. : 05 37 68 04 04 - GSM : 06 61 40 00 74 - E-mail : hayatkrami@gmail.com





# Ranciphex®

Rabéprazole sodique



113,00 DS

**20 mg**

**28 Comprimés  
gastro-résistants  
Voie orale**

## Composition:

Rabéprazole sodique (DCI) ..... 20 mg

Excipients q.s.p. un comprimé.

Indications, Contre-indications, Posologie

& Précautions d'emploi: **lire la notice à l'intérieur.**

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

**A conserver à une température ne dépassant pas  
25°C, à l'abri de l'humidité.**

PPV: 113 DH 70

## التركيبية:

رابيبرازول الصودي ..... 20 ملغ

الأسوغة كمية كافية لكل قرص.

الإرشادات العلاجية، موانع الإستعمال، الجرعة

واحتياطات الإستعمال: (اقرأ النشرة بالداخل).

يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.

يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 25 درجة مئوية.

بعيدا عن الرطوبة.





# Ranciphex®

Rabéprazole sodique



113,00 DS

**20 mg**

**28 Comprimés  
gastro-résistants  
Voie orale**

## Composition:

Rabéprazole sodique (DCI) ..... 20 mg

Excipients q.s.p. un comprimé.

Indications, Contre-indications, Posologie

& Précautions d'emploi: **lire la notice à l'intérieur.**

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

**A conserver à une température ne dépassant pas  
25°C, à l'abri de l'humidité.**

PPV: 113 DH 70

## التركيبية:

رابيبرازول الصودي ..... 20 ملغ

الأسوغة كمية كافية لكل قرص.

الإرشادات العلاجية، موانع الإستعمال، الجرعة

واحتياطات الإستعمال: (اقرأ النشرة بالداخل).

يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.

يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 25 درجة مئوية.

بعيدا عن الرطوبة.





Alginate de sodium/Bicarbonate de sodium

# ARGO<sup>®</sup>

LOT : 3292  
UT-AV : 09-23  
P.P.V : 30DH50

# ARGO<sup>®</sup>

Alginate de sodium/Bicarbonate de sodium

250 ml

Suspension  
buvable

Voie orale