

## 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.

### Biologie 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

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° P19- 061709

66375

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5221 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KRALI SAID

Date de naissance : 13.09.1959

Adresse : 5, rue elhaouch Hayatike 2 Fes

Tél. 06.14.31.75.90 Total des frais engagés : 314 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Khalid El Harti  
Gynécologue - Obstétricien  
46 Bd. Med V Rés. Sara 2ème Etage FE.3  
Urgence: 06.61.18.97.83/06.00.00.00.00

Date de consultation : 01/04/2021

Nom et prénom du malade : EP ghazi ghizlane Age :

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

Nature de la maladie : Des tumeurs pelviennes

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 : / /

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
01.04.11	CS		3.000,00	<p>الدكتور خالد الحارثي</p> <p>Docteur Khalid El Harti</p> <p>Gynécologue - Obstétricien</p> <p>46 Bd. Med V Rés. Sora 2 ème Etage FES</p> <p>Ligne: 06.61.18.97.83 / 06.00.00.00.00</p>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/04/2011	11,00

# 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
		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 :

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

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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<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		MONTANTS DES SOINS <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			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

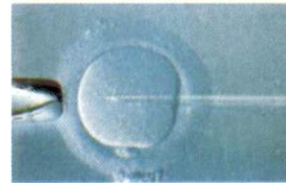


الدكتور خالد الحارثي

Docteur Khalid El Harti

اختصاصي في أمراض النساء والتوليد

Gynécologue - Obstétricien



المساعدة الطبية  
على الإنجاب  
Fecondation  
In Vitro

فاس في 01/04/2021

طبيب سابقا بقسم الولادة  
بمستشفى الغساني بفاس

Ancien Gynécologue à  
la Maternité de l'Hôpital  
Al Ghassani Fès

جراحة وأمراض النساء - الولادة  
عقم الزوجين - أمراض الثدي  
الفحص بالأموح فوق الصوتية

"إكوغرافيا 3 و 4 أبعاد"  
دوبلر بالالوان

الفحص بالمجهر الداخلي  
الفحص المجهري لعنق الرحم

Chirurgie et Maladies  
Gynécologiques

Accouchement, Stérilité  
du Couple, Sénologie

Echographie 3D et 4D  
Doppler Couleur, Echo-scan

Coelioscopie Diagnostic  
Colposcopie

Urgence : 06.61.18.97.83

Rendez-vous : 05.35.65.06.69  
06.23.90.57.38

46 شارع محمد الخامس إقامة سارة  
الطابق الثاني - فاس (بجانب وفاء سلف)  
46, Boulevard. Mohamed. V Residence Sara  
2ème Etage ( Acôté Wafa Salaf ) - FES



INP: 141052662  
Mme EL GHAZI GHIZLANE

ORDONNANCE

DOLIPRANE 1G CP

1 cp matin, midi et soir (1 bte)



الدكتور خالد الحارثي

Docteur Khalid El Harti  
Gynécologue - Obstétricien

46 Bd. Med V Rés. Sara 2ème Etage Fès  
Urgence 06.61.18.97.83 / 05.35.65.06.69



# Doliprane®

## 1000 mg

### PARACÉTAMOL

PPV: 14DH00  
PER: 12/23  
LOT: J3681

**b** BOITU s.à.s.  
22, Allée des Capucins - 43030 Saint-Guibert  
Le Pharmacien Responsable



**COMPRIMÉ**

**ADULTE**  
10 Comprimés

#### MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

**VOIE ORALE.** Les comprimés sont à avaler tels quels avec une boisson (par exemple eau, lait, jus de fruits).

#### POSOLOGIE

1 comprimé par prise, à renouveler si nécessaire jusqu'à 3 comprimés par jour. En cas de douleurs plus intenses et sur avis médical, la posologie peut être augmentée jusqu'à 4 comprimés par jour. Attention : ne pas prendre 2 comprimés à la fois et ne jamais dépasser 4 comprimés par jour.

#### TENIR LOIN DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS

Lire attentivement la notice avant utilisation.

AMM N° 834/16 DMP/21/NRQ

# دولبران

## 1000 ملى

### باراڤيتامول



**أقراص**

**Doliprane® 1000 mg**  
PARACÉTAMOL  
10 comprimés



6 118000 040972

ب. مدر الكارباميد - ١٤  
م. البشري - سبيلي مغول

#### COMPOSITION

Paracétamol 1000 mg, sous forme de paracétamol DC90 (1111,11 mg) pour un comprimé.

#### INDICATIONS

Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Peut être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose. Réservé à l'adulte et à l'enfant de plus de 15 ans : lire attentivement la "posologie". Pour les moins de 15 ans, il existe d'autres présentations. Demandez conseil à votre pharmacien.