

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.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

N° W21-679624

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8495 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : ESSALHI ABDELHAZIZ
 Date de naissance : 14 Mars 1965
 Adresse : ESSALHI@ROYALAIRMAROC.COM
 Tél. : 0665 238116 Total des frais engagés : 4225 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 05/01/2022
 Nom et prénom du malade : ESSALHI MARWA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Syndrome grippal
 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 : W21-679624 Le : 13/02/2022
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-679624

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) : H. HAKANI
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

MUPRAS
 16 FEV. 2022
 ACCUEIL

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
05/01/2022	CS	1	200 DH	<p>INF: 1010 2153</p> <p>Docteur You...</p> <p>PEDIATRE - GÉNÉCLOGUE</p> <p>Avenue Sidi... - Sidi...</p> <p>(Faculté... - SIDI</p> <p>Tel: 057.88.21.27</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05.01.22	25.10

[illegible][illegible]

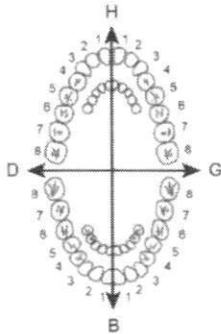
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

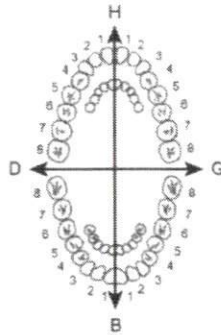
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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	INP : <input type="text"/>		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>	
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>		

Q.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) 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"/>

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

05/01/2022

ESSALHI MARWA

Pds : 71 Kg Age : 15 a et 5 m

1- DOLIPRANE CP 500 SÉCABLES

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

2- STODAL SUSPENSION LABO BOIRON

15ml 3x/j , pendant 10 jours

3- VITA C 1000

1 cp le matin



FATIGUE - CONVALESCENCE

VITAMINE C 1000 mg

GALENICA

10 COMPRIMÉS
EFFERVESCENTS



Voie orale



Composition :

Acide ascorbique1000 mg
Excipients q.s.p 1 comprimé effervescent.
Excipients à effet notoire : E110, saccharose, sodium.
Boîte de 10 comprimés effervescents.

VITAMINE C 1g
Boîte de 10 comprimés effervescents



P.P.V. : 14,80 DH



AMM N° : 570/18DMP/21/NRQ

Dr Maria MAFTOUH
Pharmacien Responsable

يحفظ بعيداً عن الحرارة والرطوبة.
Conserver à l'abri de la chaleur et de l'humidité.

© **Doliprane®**

PARACETAMOL

500 mg

PPV: 10DH30
PER: 07/24
LOT: K2026



Adulte et enfant
à partir de 27 kg

**DOULEURS
FIEVRE**

b bottu s.a
82, Allée des Cassierinas - Ain Seibla - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

Voie orale
20 COMPRIMES SÉCABLES