

## 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 médicament prescrit 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 AID et AIC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

#### **Adresses Mails utiles**

- O Réclamation** : contact@mupras.com
  - O Prise en charge** : pec@mupras.com
  - O 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

Nº W21-679624

79624

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	8495	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ESSALHI ABDELAZIZ
Nom & Prénom :			
Date de naissance :	14 MARS 1961		
Adresse :	ESSALHI@ROYALASTMAROC.COM		
Tél. :	0665 238516	Total des frais engagés :	12925
Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	05/01/2022		
Nom et prénom du malade :	ESSAÏD MARWA		Age : _____
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> 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 plconfidential à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.			

**—**

#### **Distortion de métal**

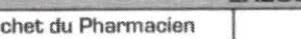
Nº W21-679624

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 : H. HAKANI  
Nom de l'adhérente(e) :  
Total des frais engagés :  
Date de dépôt :

RELEVE 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	CD	1	200 DH	INP : <b>1ADNO39K3</b> Doctor You PEDIATRE - <b>1133100UE</b> Avenue Salhi El Faz Lycee <b>F-287-SALF</b> TEL : 037.88.21.27

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05.01.22	25,10

---

**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.																		
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
<b>SOINS DENTAIRES</b>  	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>														
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>														
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>														
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>														
<b>O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES</b>  	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
	H	G																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>														
			<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>															
			<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>															
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession																		
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																		
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																		

**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 (الضيقية)

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



Dr YOUSSEF LAMRANI  
PEDIATRE - ALLERGOLOGUE  
06 61 13 39 95 - 05 37 88 21 27 -  
Rés. Ennajd, Imm. AD, Av. Sakia Al Hamra, Bettana - Salé - Tél. : 05 37 88 21 27 - GSM : 06 61 13 39 95  
E-mail : lamrani.y@hotmail.com

إقامة النجد، عمارة آد، 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

FATIGUE - CONVALESCENCE

# VITAMINE C 1000 mg GALENICA

10

COMPRIMÉS  
EFFERVESCENTS



Voie orale



## Composition :

Acide ascorbique ..... 1000 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



6 118000 190929

**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

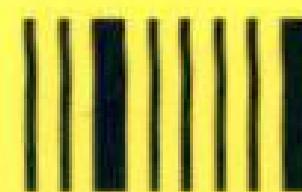
LOT : K2026



Adulte et enfant  
à partir de 27 kg

DOULEURS  
FIEVRE

bottles  
B2. Ailes des Cévennes - Ain Sefra - Constantine  
S. Bachoucha - Pharmacien Responsable



Voie orale  
20 COMPRIMES SÉCABLES