

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, parodontologie 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

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



Déclaration de Maladie

N° W21-679626

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8495 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ESSALHI ABDELHAZIZ
 Date de naissance : 14 Mars 1965
 Adresse : ESSALHI @ ROYAL AIR MAROC - COM
 Tél. : 0665 238516 Total des frais engagés : DH 443,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 05/01/2022
 Nom et prénom du malade : ESSALHI Fatime Zahra Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Syndrome Guipon
 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 : Le : 12/01/2022
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-679626

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 :
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

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
05.10.2022	CS	1	200 DH	INP : 101091136 Dentiste Youssef LAMRANI DENTISTE - ALLERGOLOGUE Avenue 58 bis / 115 ans - Bettana (Face Lycée Pichard) - SALF Tél : 037.85.21.27

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Moustawaj Bettana INP : 101091136 GSM : 06 44 40 16 N°4, Rue Doukkala, Bettana - Salf	05.10.22	243.10

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
		A M	P C	I M	I V	

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.

Important :

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

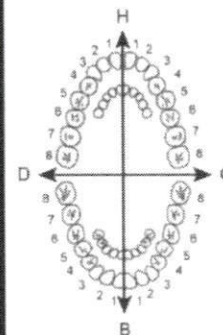
SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient

INP :



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

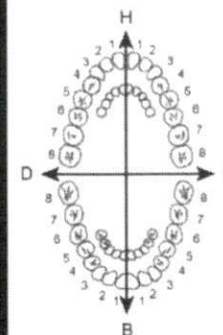
DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
35533411	11433553		



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

(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

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 FATIME- ZOHRA

Pds : 90 Kg Age : 18 a et 1 m

1- VITA C 1000

1 cp le matin

2- AZIX CP 500MG

1 cp pdt 2j puis 1/2 cp pdt 5 j , pendant 3 J

3- APIXOL ADULTE

1 cm 3x/j , Pendant 10 j

4- ORO SEPT SPRAY

1 Pulv 3x/j

5- DOLIPRANE CP 1000 EFF

1 cp/6h si fièvre ou céphalées



243.10

FATIGUE - CONVALESCENCE

VITAMINE C 1000 mg

GALENICA

10

COMPRIMÉS
EFFERVESCENTS



ARÔME ORANGE

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



AMM N° : 570/18DMP/21/NRQ

Dr Maria MAFTOUH
Pharmacien Responsable

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

Apixol®

Adultes

Solution buvable

AUX EXTRAITS
DE PROPOLIS ET D'ÉCHINACÉE

- Apaise les voies respiratoires
- Adoucit la gorge

Goût pomme - miel

200 ml e

Pharmalife
RESEARCH 



8 032578 477337

Lot: 210778

À consommer
avant le: 10/2024

PPC: 79,00 DH

Phar
RE



AZIX[®] 500 mg
Azithromycine



3 Comprimés
sécatables

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

b

AZIX[®]

Azithromycine

500 mg

Voie orale

79, 70

PPV 790 70
PER 08 / 24
LOT 12179

