

## 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 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

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

*p.m  
com*

*Nihal 33*

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *8495*

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

*ESSALHI*

*ABDELAZZ*

Date de naissance :

*14 MAIS 1965*

Adresse :

*ESSALHI @ ROYAL AIR MAROC . COM*

Tél. : *0665 238516*

Total des frais engagés :

*dh 443,-*

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

*Docteur YOUSSEF ALLAHYANI  
PÉDIATRE-ALLERGOLOGUE  
Avenue du Sultan Moulay Hassan - Béni Mellal  
(Face à la gare routière) - SALF  
Tél : 037 88 21 27*

Cachet du médecin :

Date de consultation :

*05/01/2022*

Nom et prénom du malade :

*ESSOPhi, Fatima Zahra*

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

*Syndrome*

*Syndrome*

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) :

*Le : 05/01/2022*

### VOLET ADHÉRENT

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).

REÇU	16 FEB. 2022	MUPRAS
Matricule :	<i>H.HAKANI</i>	
Nom de l'adhérent :	<i>H.HAKANI</i>	
Total des frais engagés :	<i>dh 443,-</i>	
Date de dépôt :	<i>16 FEB. 2022</i>	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

## **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	CS	1	200 DH	INP : 10109115B6 Dokter Yousaf LASSANI EDUCATR-E-ALLERGOLOGUE Avenue Sidi El Hocine - Béchara (Ecole Supérieure d'Infirmiers) - SALF

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie Moustawas Béttana INP-TAO 100033 GSM 500 44 40 16 N°4, Rue Doukkala, Béttana - Sfax	05-01-24	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.

## **RELEVE 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 canalaires, 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"/>											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H</p> <table border="0"> <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>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td>B</td><td></td></tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
25533412	21433552														
00000000	00000000														
D	G														
35533411	11433553														
B															
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>											
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>											
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>											

**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

*M.80* **1- VITA C 1000**  
1 cp le matin

*79.70* **2- AZIX CP 500MG**  
1 cp pdt 2j puis 1/2 cp pdt 5 j , pendant 3 J

*79.00* **3- APIXOL ADULTE**  
1 cm 3x/j , Pendant 10 j

*55,00* **4- ORO SEPT SPRAY**  
1 Pulv 3x/j

*55,60* **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

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.

# Apixol®

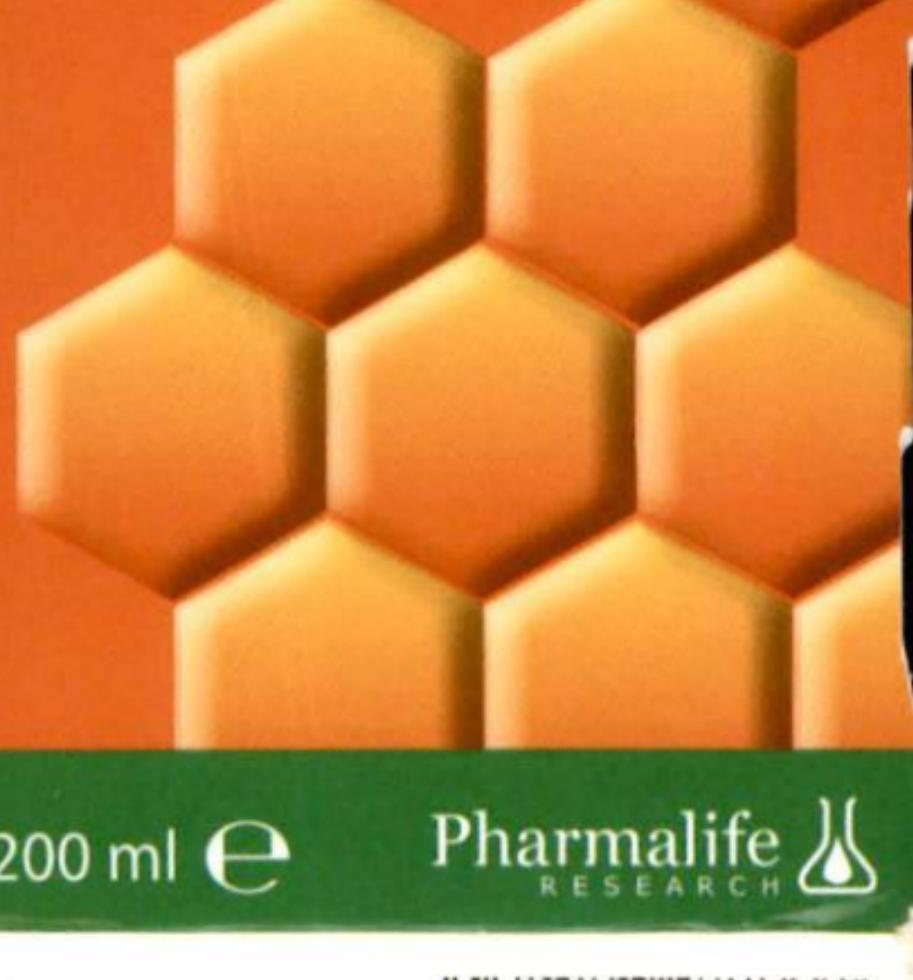
Adultes

Solution buvable

AUX EXTRAITS  
DE PROPOLIS ET D'ÉCHINACÉE

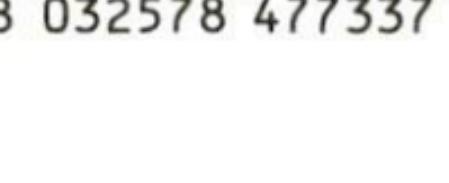
- Apaise les voies respiratoires
- Adoucit la gorge

Goût pomme - miel



200 ml e

Pharmalife RESEARCH



8 032578 477337

Lot: 210778

À consommer avant le: 10/2024

PPC: 79,00 DH

Phar

A horizontal row of twelve identical vertical bars. Each bar consists of a thin black outline and a solid dark blue rectangular fill. The bars are arranged in a single horizontal line, separated by small gaps. They are set against a light blue background.

# AZIX® Azithromycine 500 mg



Comprimé 3 sécable

botti

S2. Alte des Caspian - Alt. Sibria - Caspia

S. Borchardt: Die romanische Ressort

A large, solid blue 'X' mark is centered on the page, indicating cancellation or rejection.

Azithromycin

500 I

4

卷之三

39 3

741

PER 0072

A bar chart titled 'Percentage of patients with at least one adverse event' comparing nine treatment groups. The y-axis ranges from 0% to 100% in increments of 20%. The x-axis lists the treatment groups: Placebo, A, B, C, D, E, F, G, H, and I. The bars show the following approximate percentages: Placebo (~45%), A (~55%), B (~65%), C (~75%), D (~85%), E (~90%), F (~95%), G (~98%), H (~99%), and I (~99%).

Treatment Group	Percentage (%)
Placebo	~45
A	~55
B	~65
C	~75
D	~85
E	~90
F	~95
G	~98
H	~99
I	~99