

## 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

- 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



## Déclaration de Maladie

N° W19-586145

48927

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3420 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HAFFARI KACEM

Date de naissance : 15 09 59

Adresse : LAINOUNA RUE 8 VILLA 388 CAS

Tél. : 06 61 14 38 06 Total des frais engagés : 2159 + 150 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mohamed Amr EL AOUANI  
Médecine Générale  
Rue Moulay Tahar Angle Bd. HH  
24100 N° 91 - Agor Médical

Date de consultation : 27/08/2020

Nom et prénom du malade : DR HAFFARI KACEM

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

Nature de la maladie : DIABETE du type 2

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 : CASABLANCA

Le : 27/08/2020

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

27/08/2020			150 DHS	INP : 1091192906
------------	--	--	---------	------------------

Dr. Mohamed Amnaye EL AQUANI  
Médecine Générale  
Rue Moulay Thami, Angle Bd. Houari Boumedienne  
Lot N° 91, Apt N° 2, Hay Hassani, Casablanca

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

ARMACIE TILILA  
d'Amenagement PHH 47 N° H  
Hay Laymoune - Hay Hassani  
022 93.86.84 - Fax: 022.93.87 15

27/08/2020	2139,6€
------------	---------

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

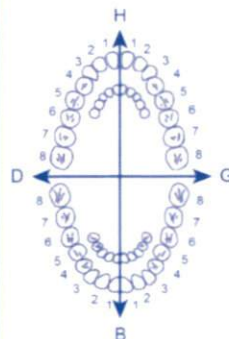
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
---	------	------------------------------	------------------------

# AUXILIAIRES MEDICAUX

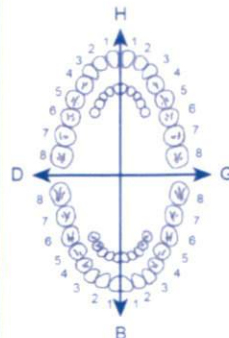
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# VOLET ADHERENT

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



# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
D			
00000000	00000000		
35533411	11433553		
B			

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Mohamed Amnay EL AOUANI**

Médecine générale-faculté de médecine  
de GRENADE (ESPAGNE)  
Diplôme universitaire en diabétologie  
Université de PARIS XIII



**د. محمد أمناي العواني**

الطب العام - كلية الطب بغرناطة (اسبانيا)  
دبلوم جامعي في داء السكري  
جامعة باريس XIII

Dr MAFFARI KACEN

Le : 27/08/2020

20,80x6

\* GLUCOPHAGE 500mg → 3x/j **A'S**  
1 - 1 - 1 3 mois

111,00x18

\* HUMALOG Mix 25 **A'S**  
30 UI - 0 - 30 UI 3 mois

(16,80) **A'S**

\* Vit C 1000 → 1x/j **A'S**  
1 - 0 - 0 40 JOURS

**PHARMACIE TILILA**

Voir d'Aménagement H H 47 N° H  
Hay Laymoune - Hay Hassani  
Tél : 022 93.86.84 - Fax : 022.93.87 15

Dr. Mohamed Amnay EL AOUANI  
Médecine Générale  
Rue Moulay Thami, Angle Bd. H H  
24 Lot N° 91 Appt N° 1 Hay Hassani  
Casablanca

2080

LOT C969657N.17  
UT AV 07 2021  
PPV 177.00 DH

LOT C969663D.3  
UT AV 07 2021  
PV 177.00 DH

LOT C969657N.7  
UT AV 07 2021  
PPV 177.00 DH

2080

LOT D051996K.5  
UT AV 01 2022  
PPV 177.00 DH

LOT C969657G.7  
UT AV 07 2021  
PPV 177.00 DH

C969663D.7  
UT AV 07 2021  
PPV 177.00 DH

2080

LOT D051996K.2  
UT AV 07 2021  
PPV 177.00 DH

LOT C969657N.2  
UT AV 07 2021  
PPV 177.00 DH

LOT D051996K.3  
UT AV 01 2022  
PPV 177.00 DH

LOT C969663D.6  
UT AV 07 2021  
PPV 177.00 DH

2080

LOT C969657N.2  
UT AV 07 2021  
PPV 177.00 DH

LOT C969657N.2  
UT AV 07 2021  
PPV 177.00 DH

2080

LOT C969657N.5  
UT AV 07 2021  
PPV 177.00 DH

LOT C969657N.5  
UT AV 07 2021  
PPV 177.00 DH

2080

LOT D051996K.2  
UT AV 01 2022  
PPV 177.00 DH

LOT D051996K.17  
UT AV 07 2021  
PPV 177.00 DH

LOT D051996K.4  
UT AV 01 2022  
PPV 177.00 DH



# VITA C 1000® SANS SUCRE

(Acide ascorbique)

## 1 - DENOMINATION DU MEDICAMENT

VITA C 1000® SANS SUCRE, Comprimés effervescents : Boîte de 10  
(Acide ascorbique)

**Vita C 1000®**

PPV 16DH80  
EXP 05/2023  
LOT 06076 3

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.  
Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à d'autres personnes. Si vous présentez des symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet inhabituel, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

**Vita C 1000®**  
10 comprimés effervescents sans sucre



## 2 - COMPOSITION DU MEDICAMENT

p. comp. eff.

Acide ascorbique (Vit. C) .....1 g

Excipients : Acide citrique anhydre, Bicarbonate de sodium, Aspartam, Cyclamate de sodium, Arôme orange poudre, Jaune orangé S (E110), Ethanol à 96%, Eau purifiée.

EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

Sodium : 378 mg par comprimé.

Aspartam.

Colorant jaune orangé S (E110).

## 3 - CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE OU TYPE D'ACTIVITE

Vitamine C.

## 4 - INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Ce médicament contient de la vitamine C.

Il est indiqué dans les états de fatigue passagers de l'adulte et de l'enfant de plus de 15 ans.

## 5 - POSOLOGIE

RESERVE A L'ADULTE ET A L'ENFANT DE PLUS DE 15 ANS

La posologie est de 1 comprimé par jour.

EN CAS DE DOUTE, DEMANDEZ CONSEIL A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

## Mode et voie d'administration

Voie orale.

Le comprimé doit être dissous dans un verre d'eau.

## Durée de traitement

La durée de traitement est limitée à 1 mois.

## 6 - CONTRE-INDICATIONS

**Ne prenez jamais VITA C 1000® comprimé effervescent :**

- Si vous êtes allergique (hypersensible) à la substance active ou à l'un des autres composants contenus dans VITA C 1000®.

- En cas de calcul rénal.

- En cas de phénylcétonurie (maladie héréditaire dépistée à la naissance), en raison de la présence d'aspartam.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## 7 - EFFETS INDESIRABLES

Comme tous les médicaments, VITA C 1000® est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

A fortes doses supérieures à 1 g/jour, possibilité de :

- troubles digestifs (brûlures d'estomac, diarrhées),

- troubles urinaires (gêne à l'émission des urines ou coloration rouge des urines),

- hémolyse (destruction des globules rouges) chez les sujets déficients en glucose 6 phosphate déshydrogénase

AMM N° 29 DMP/21