

# 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 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 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](http://www.mupras.com)

132-13

**Déclaration de Maladie : N° S190053169**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8241 Société : R.A.M.

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Jaafar S. El Hassane Date de naissance : 26/11/67

Adresse : N° 9 Rue N° 4 AL Qods 3 Hassan II CASA

Tél. : 0661.436893 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr Nabilha MIKOU ég. KABBAJ  
Professeur de Pédiatrie  
49, Angle Rue des Hôpitaux et Rue Dubouil  
Quartier des Hôpitaux - Casablanca  
Tél: 05 22 20 55 20 / 05 22 28 22 20  
INPE : 001034818

Date de consultation : 13/02/2023

Nom et prénom du malade : Jaafar I. Smail Age : 12 Ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Angine

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 13/02/2023

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 : CASA Le : 14/03/2023

Signature de l'adhérent(e) : 



## 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
13.02.23	C S		309,10 DH	 <p>Dr. Nabiha MIKOU ép. Kabbaj Professeur de Pédiatrie 40, Avenue Rue des Hôpitaux, Rue Dubreuil Quartier des Hôpitaux, Casablanca Tél: 05 22 20 55 20 / 05 22 20 22 20 INPE: 091034879</p>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. Nabiha MIKOU Casablanca tel/Fax: 05 22 65 20 07	13/02/23	f = 27745

## ANALYSES - RADIographies

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

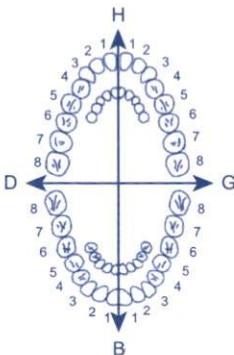
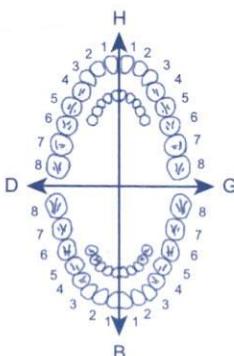
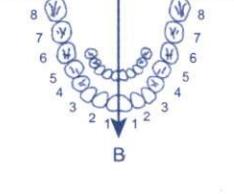
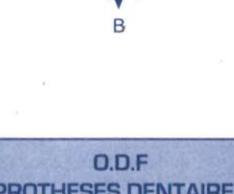
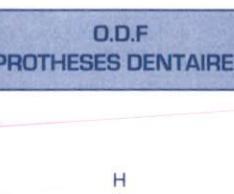
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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

## ODF PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

### [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

**Dr Nabiha MIKOU**

**Ep. KABBAJ**

**Professeur de Pédiatrie**

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris

Ancienne chef de Service de Pédiatrie

à l'Hôpital d'Enfants de Casablanca

Pédiatrie Générale

Rhumatologie et Médecine Interne Pédiatriques



**الدكتورة نبيهة ميكو**

**زوجة قباج**

**أستاذة في طب الأطفال**

**خريجة كلية الطب بباريز**

**رئيسة مصلحة طب الأطفال سابق**

**بمستشفى الأطفال بالدار البيضاء**

**طب الأطفال**

**أمراض المفاصل والطب الباطني للطفل**

Casablanca, le.....

13/2/2023 الجهة في

*Small Seer*

29.50

1/Fit obimbi smoy 3.0

grage

PHARMACIE SARANAZ  
SARLA-11  
190 Lot Smiratia Lissasfa  
Casablanca  
Tél. : 05 22 65 20 07

2023 1 pulv x 3

2/ Anfuentia 500 mg

1 sachet x 3 (J)  
- 6 jours

إقامة لروزو، 40، ملتقي زنقة المستشفيات وزنقة دوبروي، الطابق 2، رقم 10، حي المستشفيات، مقابل جناح 28، الدار البيضاء

Résidence les Roseaux, 40, Angle Rue des Hôpitaux et Rue Dubreuil, 2<sup>ème</sup> étage, App. 10, Quartier des Hôpitaux,

en face du pavillon 28 de l'Hôpital Ibn Rochd (Station Tram : Wafasalaf) – Casablanca

Tél. : 05 22 20 55 20 / 05 22 20 22 20 - Fax : 05 22 20 70 20 – Urgences : 06 66 50 50 50

E.mail : mikoupedia@gmail.com - Site Web : www.mikounabiha-pediatre.com

33.10

3/ Ultra - levure



Siropet

x 2

2x24h

- 6 jours

PHARMACIE SARANAZ  
S.A.E. A.D.U.  
140 Lot Smeraldo Lissasfa  
Casablanca  
Tél/Fax: 05 22 65 20 01

Dr Nabiha MIKOU ép. KABBAJ

Professeur de Pédiatrie  
40 Angle Rue des Hôpitaux et Rue Dubreuil  
Quartier des Hôpitaux - Casablanca  
Tel: 05 22 20 55 20 / 05 22 20 22 20  
INPE : 09 00 34811



Arôme tutti frutti  
10 sachets  
250 mg

*Saccharomyces boulardii* CNCM I-745

ULTRA-LEVURE®



ULTRA-LEVURE®

*Saccharomyces boulardii* CNCM I-745

ف. ٢٠٢١ / ٢٠٢٢

MÉDICAMENT PROBIOTIQUE

10 SACHETS  
250 mg

Arôme tutti frutti

BIOCODEX Maroc

Lot :  
مجموعة:

Fab :  
صنع:

EXP. : صالح لغاية:  
05/25

6846 05/22 05/25  
BIOCODEX MAROC PPV 38.10 DH

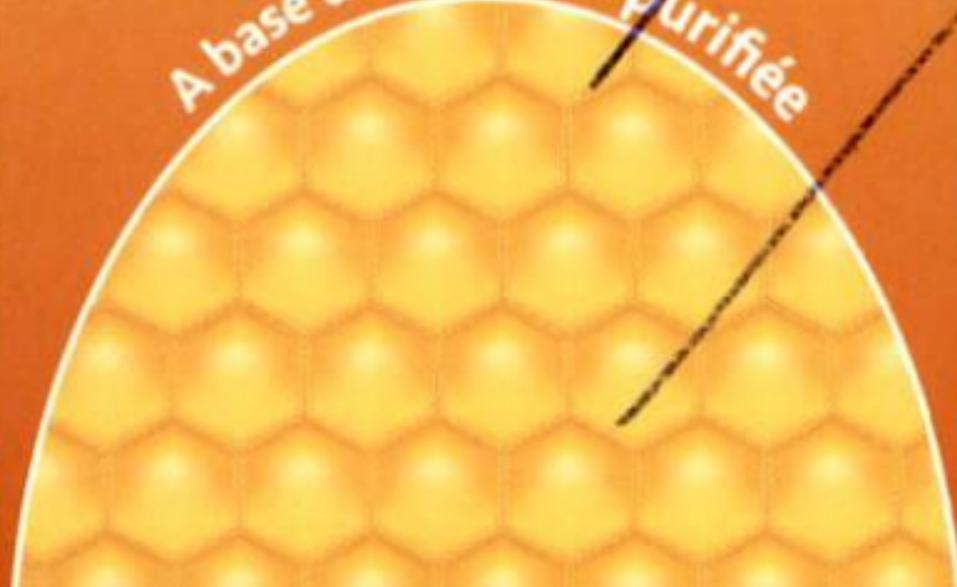
# Fitobimbi

## Spray Gorge

FLACON PULVÉRISATEUR  
POUR ENFANT

*Aide à Apaiser  
les maux de gorge*

*A base de propolis purifiée*



20 ml

**Thérapharm**  
LABORATOIRES



8 051128 634198

# Fitobimbi®

## Spray Gorge

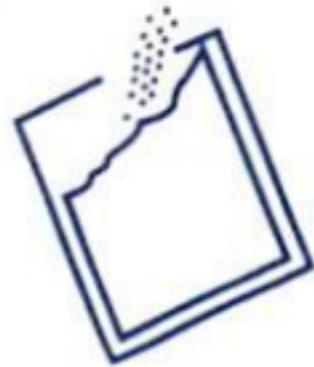
Lot: 211008

A consommer de  
préférence avant le: 01/2026

PPC: 79,50 DH

puvable en sachet  
poudre pour suspension

enfant



500mg/62,50mg

**AUGMENTIN**

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

**AUGMENTIN**

500mg/62,50mg

enfant

◀ ..... sachet(s) ..... fois  
par jour à prendre de  
préférence au début des  
repas, pendant .....  
jours.

... كيس ... مرات في اليوم، من الأفضل قبل الأكل، مدة ... يوم

Uniquement sur ordonnance

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPU: 79,90 DH  
LOT: 651322  
PER: 10/24

