

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 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

- 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 - Bâtiment 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° S19-0053169

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 8241 Société : R.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Jaafar I Smail Date de naissance : 26/11/67
Adresse : 14 Rue M. L. M. 2025 3 Hassan Casa
Tél. : 066143897 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Nabilha MIKOU 60 KASBAJ
Professeur de Pédiatrie
49, Angle Rue des Hôpitaux et Rue Dubrouil
Quartier des Hôpitaux - Casablanca
Tél : 05 22 20 55 20 / 05 22 29 22 20
INPE : 091034818


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 : 5 JAN 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 : 14/12/23
Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS

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
13.02.23	C.S.		309,10 dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/02/23	f = 2774

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

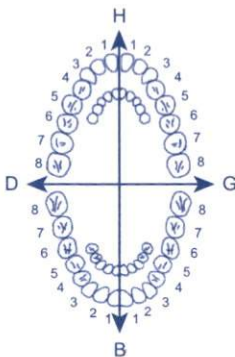
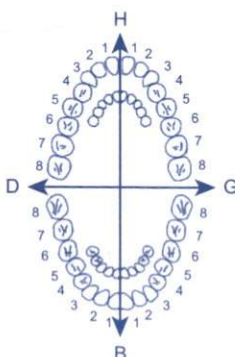
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																					
				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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Nabiha MIKOU

Ep. KABBAJ

Professeur de Pédiatrie



الدكتورة نبيهة ميكو

زوجة قباچ

أستاذة في طب الأطفال

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

خريجة كلية الطب بباريس

رئيسة مصلحة طب الأطفال سابقا

بمستشفى الأطفال بالدار البيضاء

طب الأطفال

أمراض المفاصل و الطب الباطني للطفل

Casablanca, le... 13/2/2023... البيضاء في

Small Seal

1/ Fitobimbi spray 50

gaze

PHARMACIE SARANAZ
S.A.R.L.A.U.
140 Lot Smirakia Lissasfa
Casablanca
Tél: 05 22 65 20 07

2 x 2750 1 pulv x

2/ Augmentin 500 mg 50

1 sachet x 3/j
- 6 jours

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

Résidence les Roseaux, 40, Angle Rue des Hôpitaux et Rue Dubreuil, 2^{ème} 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

37.10

3/ ultra - levure



Strochet x 2/

277.40

- 6 years

PHARMACIE SARANAZ
S.A.E. - A.H.
140 Lot Emirata Lissasfa
Casablanca
Tel/Fax : 05 22 65 20 07

Dr Nabiha MIKOU ép. KABBAJ
Professeur de Pédiatrie
40, Angle Rue des Hôpitaux et Rue Dubreuil
Quartier des Hôpitaux - Casablanca
Tél : 05 22 20 55 20 / 05 22 20 22 20
INPE : 09 1034819

buvable en sachet
poudre pour suspension

enfant



AUGMENTIN
AMOXICILLINE ACIDE CLAVULANIQUE
500mg/62,50mg

AUGMENTIN
AMOXICILLINE ACIDE CLAVULANIQUE
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: 651222
PER: 06/24



Arôme tutti frutti
10 SACHETS
250mg

Saccharomyces boulardii CNCM I-745

ULTRA-LEVURE

ULTRA-LEVURE

Saccharomyces boulardii CNCM I-745

MÉDICAMENT PROBIOTIQUE



10 SACHETS
250mg

Arôme tutti frutti

BIOCODEX
Maroc

Lot :
:مجموعة

Fab :
:صنع

EXP :
:صالح لغاية

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

poudre pour suspension
 buvable en sachet

enfant



500mg/62,50mg

AUGMENTIN
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE
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

