

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

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

M22- 0015500

76 Compt 2048
☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2609 Société : RAM (159578)
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : FASSIL Amina ep BENCHERIF
Date de naissance : 11/04/1956
Adresse : Hasselville
Tél. : 0661711176 Total des frais engagés : 398,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Docteur LAHLOU LAILA
Rhumatologue - Podologue
400, Bd Brahim Roudani
Maarif - Casablanca
Tél: 0522 25 76 02 / 04
Date de consultation : 08/03/2023
Nom et prénom du malade : M^{me} BENCHERIF Amina Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : AFFECTION RHUMATISMALE
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : 05/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A.A-215 / 2019

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
08/03/23	C8	10	300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/03/23	98,15

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

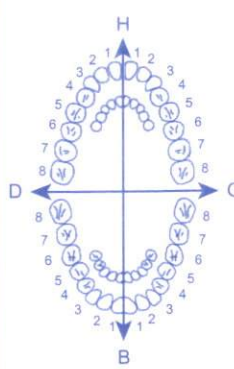
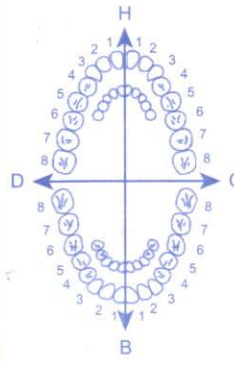
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, 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
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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. Laïla LAHLOU

Maladies des Articulations - Os - Muscles

Colonne Vertébrale

SPECIALISTE EN RHUMATOLOGIE

MEDECIN PODOLOGUE

Maladies des Pieds

Diplômée de l'Université de Médecine de Paris

Résidence Roudani - 400, Bd. Brahim ROUDANI

3ème étage - Appt. 5 - Maârif - CASABLANCA

Tél.: 05 22 25 76 02 / 05 22 25 76 04 - Fax: 05 22 98 15 21



الدكتورة ليلي لعلو

إختصاصية في أمراض الروماتيزم

العظام والمفاصل والعمود الفقري

إختصاصية في أمراض الأرجل

خريجة كلية الطب بجامعة باريس

إقامة الروداني - 400، شارع إبراهيم الروداني

الطابق 3، الشقة 5، المعاريف - الدار البيضاء

الهاتف: 05 22 25 76 04 / 05 22 25 76 02 - الفاكس: 05 22 98 15 21

بالموعد

Sur rendez-vous

Pharmacie LIAS M.
Mme. SEKKAT Laïla
4 bis, Rue Roummir / Bd Abdelmoum
Quartier des Hôpitaux - Casablanca
Tél/Fax: 0522 27 65 80

Casablanca, le 8 / 3 / 23 في الدار البيضاء،

Mme BENCHERIF ANINA.

Co LTRAX cp N°2.



45,70

up / T & soir au coucher x10 jours.

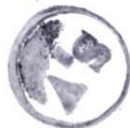
- BIO FREEZ gel N°2.
1 app circulation / T.

- ALGAEWE 250 N°2.
2 gelules / T & matin après

PRAZOL cp N°2. Bli de 26.
1 gelule / T & matin à jeun

52,80

98,80



Dr. LAHLOU Laïla
Rhumatologue - Podologue
App. 5, Bd Brahim Roudani
Maârif - Casablanca
Tél: 0522 25 76 02 / 04

Prazol[®] 20 mg

Oméprazole

PPV : 52DH80
PER : 03/25
LOT : L3553-2

Joseph Elie

Voie orale

14
gélules

b

bottu

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

Microgranules gastrorésistants

IMPRIMEPEL

08/15/15

أقراص
12 قرصا من 4 ملغ

كولتراكس[®]
تيوكولشكزید



Formule :

Thiocolchicoside 4 mg
Excipients q.s.p. 1 comprimé
Boîte de 12 comprimés.

⌘ POLYMÉDIC

Rue Amyot d'Inville Quartier Arsallane - Casablanca Maroc / Dr M. HOUBACHI - Pharmacien Responsable.

LISTE I

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

أخذ الدواء حسب التعليمات

91409-04

Coltrax[®]
12 comprimés



(45 x 18 x 106) mm