

## 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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)



## Déclaration de Maladie

N° W21-803343

187578

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 12289	Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : BEKKARI Mohammed Kaisen		
Date de naissance : 18 Nov 81		
Adresse : 86 Rue Jbel Azorkine F-7		
Tél. : 06.61.63.23.88	Total des frais engagés :	
PY LASSEF Jaffrine Nephrologie 903,1 Dhs		

Autorisation CNDF N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin :		
Date de consultation : 06/11/2023	Nom et prénom du malade : BEKKARI NALIK		
	Age : 42		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant	Nature de la maladie : Hépatite		
	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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 10/12/23



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prie de preciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> (List of treated teeth)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatments)	<b>Coefficient</b> (Coefficient)												
				INP : <input type="text"/>												
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>												
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
<b>ODF PROTHESSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction)          Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
		<b>Coefficient DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>														
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>														
		<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>														
		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>														

# Professeur Fatine LASRY

Professeur en Pédiatrie  
Spécialiste des Maladies de Nouveau-né  
Nourrisson et de l'enfant  
Néphrologie pédiatrique



091034728

الدكتورة فاتن العسري



PHARMACIE OULMAESCA  
S.A.R.L.A.U  
Angle Bd Ghandi et Yacoub  
El Mansour - Casablanca  
Tél: 0522 36 08 06

Casablanca, le :

06.12.2023

Enfant BEKKARI Malik

Age: 25 ans 11 mois

Poids : 17,40 Kg



✓ 1- SERETIDE 125 UG

1 bouffée matin et soir pdt 1 semaine  
puis  
1 bouffée matin et soir



✓ 2- COTIPRED 20 MG

400  
1 cp et demi / j après repas pdt 3 j



✓ 3- ATROVENT enfant 0.25 mg / ml

68,80  
1 ml à diluer dans 3 cc de sérum physiologique à nébuliser matin midi  
semaine



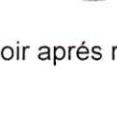
✓ 4- VENTOLINE solution

29,50  
0,5 cc à diluer dans 3,5 cc de sérum physiologique à nébuliser 3 fois



✓ 5- ZAMOX 100 ML enfants

64,80  
1 pipette poids matin midi et soir après repas pdt 1 semaine



✗ 6- OTOSAN GOUTtes

225,00  
1 goutte 3 fois par j pdt 1 semaine

Pr. LASRY / Fatine  
Pédiatrie Générale - Pédiatrique  
6, Avenue Ain Taoujoute, Casablanca  
6, Avenue Ain Taoujoute, Casablanca

Maphar  
Bd Alkamil N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Pulmicort 0,5mg/2ml  
susp b20  
P.P.V : 225,00 DH

6 118001 184934

✓ 7- PULMOICORT SOLUTON POUR NEBULISATION 0,5 mg / 2ml

1 ml le matin et 1 ml le soir pdt 5 j

6 Bd. Ain Taoujoute - 4<sup>eme</sup> étage - Bourgogne - Casablanca

Tél.: 0522 20 20 93 - GSM : 0661 45 35 35 - E-mail : lasryfatine@hotmail.com

Site web : www.lasry-fatine.com



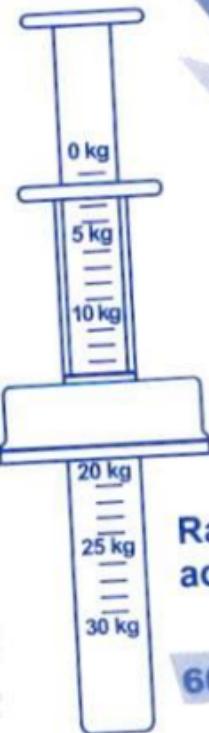
# ZAMOX

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE  
100 mg / 12,5 mg par ml

enfant



Poudre pour suspension buvable en flacon  
Voie orale



Rapport amoxicilline-  
acide clavulanique : 8/1

60 ml = 224 doses-graduation  
(1 dose = 1 kg)

Agiter la suspension reconstituée avant emploi

PPV 64DH80

LOT M1271 PER 04/25