

# 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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)



195133

**Déclaration de Maladie : N° P19-0004242**

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12688 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : LAFREM Mohamed Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : 0662762521 Total des frais engagés : 434,10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Zineb LAHLOU BELLAMIN  
PEDIATRE  
Val Fleuri Casablanca  
Tél: 0522 25 15 32

Date de consultation : 17/01/2024  
Nom et prénom du malade : LAFREM Zayed Age: 3ans 1/2  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Bronchite aiguë

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 : CASA Le : 17/01/2024

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
17/11/24	C1		3000	Dr. Zineb LAHLOU BELLAÏCH PEDIATRE Val Fleuri Casablanca Tél: 0522 28 15 32

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL FARAF S.A. Dr. HIB Mohammed Ar 96, Rue Socrate Maarif - Casablanca Tél: 0522 25 22 09	17/11/24	194,10

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

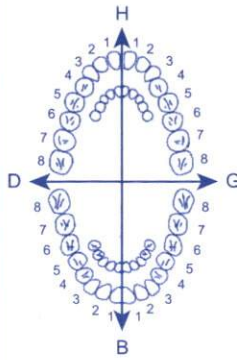
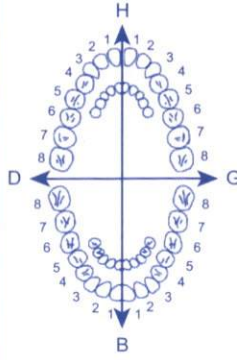
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

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 <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 colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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. Zineb LAHLOU BELLAMLIH

Spécialiste  
des maladies du Nourrisson  
et de l'Enfant



Téléphone : 05 22 25 15 32  
SMS : 06 77 77 25 74  
dr.zineb.lahlou@gmail.com

Casablanca, le 17. 1. 2017

Zayed LAFREM

40,00

- cotépres 20 :

21,90 1cp 1/2 de mabi x 1/0 (5j).

- butavent :

1 cāc x 3/0 (3j).

puis

x 2/0 (5j).

107,20

- Orelax :

25,00 Dose 15 x 2/0 (7jms).

- Ergic

1 cāc de soir

(15j)

194,10

PHARMACIE ACTHARAF SARL  
Dr SAHIB Mohammed Amine  
26, Rue Socrate, Casablanca  
Tél: 05 22 25 22 09

Dr. Zineb LAHLOU BELLAMLIH  
PEDIATRE  
Val Fleuri Casablanca  
Tél: 0522 25 15 32

Solution buvable  
Flacon de 60 ml  
**0,5 mg/ml**

Desloratadine

**ERGIC®**

Antihistaminique - Antiallergique

Antihistaminique - Antiallergique

**ERGIC®**

Desloratadine

**0,5 mg/ml**

Avec cuillère-mesure

Solution buvable

Flacon de 60 ml

Voie orale

**GALENICA**
**إرجيك®**ديسلوراتادين  
**0,5 ملغ / ملل**

التركيب :

ديسلوراتادين ..... : 0.05 غ  
سواغات لما يكفي ..... : 100 ملل  
سواغات ذات تأثير معلوم ..... : الصوري بطول.

الإستطببات :

يوصف للبالغ، اليافع و الطفل الذي تجاوز السنة،  
لعلاج أعراض التهابات مخاطية الأنف  
الحساسي و الشرى.

الإستطببات - ضد الإستطببات -  
المقادير و طريقة الاستعمال :  
الإطلاع على النشرة الداخلية.

AMM N° : 123/17 DMP/21/NNP

**ERGIC® 0,5 mg/ml**  
Desloratadine Solution buvable

P.P.V. : 25,00 DH



6 118000 191759



# Butovent®

0,04%

Salbutamol

21.90



# ORELOX®



INFANTS ET NOURRISSONS /

CHILDREN AND INFANTS

**40 mg / 5 ml**

efpodoxime

flacon/ bottle

10 doses-kg

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1,

Ain sebaâ Casablanca

Orelox 40mg/5ml susp

fl 100ml

P.P.V : 107,20 DH



6 118001

080625



ule :

lone ..... 20 mg (sous forme  
sulfobenzoate sodique)

ts ..... q.s.p. 1 comprimé

cent sécable

tionnement contient au total

ents milligrammes de

lone (sous forme de

fobenzoate sodique)

gie, mode d'emploi, indications,

indications, excipients à effet

c voir notice.

PPV: 40DH00

PER: 12/26

LOT: M4154

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebaâ - Casablanca

S. Sachrouh - Pharmacien Responsable

17

# Cotipred®

prednisolone

(métsulfobenzoate sodique)

**20 mg**

20 comprimés  
effervescent  
sécables



20

20

(ميتا سولفوبينوات صوديوم)

بريدنيولون

كوتيبريد