

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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 - 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

M23- N° 0032267

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12533 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AFRHOU L MOHAMED ANINE

Date de naissance : 03-12-1984

Adresse : Casablanca 200544

Tél. : 0663595298 Total des frais engagés : 11633,23" Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. SALMA LEMLAHI  
Rond Point Al Mous'akhal Imm. BC  
3ème Etage N° 31 - Casablanca  
Tél : 0522 58 34 10 / 0522 06 16 46  
Fax : 0522 58 34 10 / 0522 06 16 46  
N° 09104047

Date de consultation : 22/03/2024

Nom et prénom du malade : AFRHOU L Yassine Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : SC

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 : Le : / /

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 la réalisation des Actes

22/03/24	Cu		300 DH	

DR. SALMA EL MILAHI  
Rond Point Al Moustakbal N° 31 - Casa Green Town  
3ème Etage N° 31 - Casa Green Town  
Tél : 0522 33 34 10 / 0522 00 16 55  
ICE: 0046485700030 - INP : 09100444

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

PHARMACIE GREEN TOWN  
Dr. Maria AZENAR  
Central Casa Green Town  
Tél : 0522 33 34 10 / 0522 00 16 55  
ICE: 0046485700030 - INP : 09100444

22/03/24

133,23

## 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

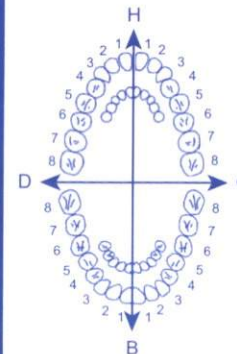
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

### SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient



Coefficient  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

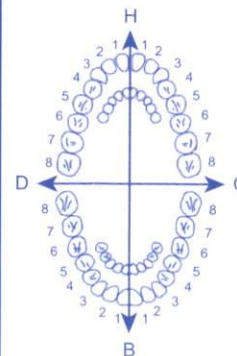
FIN  
D'EXECUTION

### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 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. Salma LIEMLAHI**

Spécialiste des maladies Nouveau Né,  
Nourissons et Enfants.



**الدكتورة سلمى اليملاحي**

أختصاصية في أمراض الطفل والرضيع

**Asthme – Allergologie**

- Diplômée de l'Université de Grenade - Espagne
- Ancienne attachée au CHU de Grenade - Espagne
- Ex-chef de service de pédiatrie à l'Hôpital Hassani à Casablanca

**الربو – الحساسية**

- خريجة جامعة غرناطة - اسبانيا
- ملحقة سابقة بالمستشفى الجامعي بغرناطة - اسبانيا
- رئيسة سابقة لقسم الأطفال بمستشفى الحسنى بالدار البيضاء

Casablanca, le : 22 MARS 2024 : الدار البيضاء، في :

*15,20*  
1- Sulfamox  $\times 2$  h  
15,20  
2- Betalull  $\times 2$  h  
48,10  
3- Tolipar  $\times 2$  h  
53,30  
4- Docapred  $\times 2$  h  
15,150

*15,20*  
1- Sulfamox  $\times 2$  h  
48,10  
2- Betalull  $\times 2$  h  
53,30  
3- Tolipar  $\times 2$  h  
15,150  
4- Docapred  $\times 2$  h

*15,20*  
1- Sulfamox  $\times 2$  h  
48,10  
2- Betalull  $\times 2$  h  
53,30  
3- Tolipar  $\times 2$  h  
15,150  
4- Docapred  $\times 2$  h

( Sur rendez-vous )

0522583410 – drliemlahiepediatrie@gmail.com

Angle Bd. Al Qods et Bd. Aboubakar Al kadiri, Imm. BC, 3<sup>ème</sup> étage, N°31  
Sidi Maarouf-Casablanca (en face du rond point Al Moustakbal)



# soufrane®

Thiophénecarboxylate  
de sodium

2 p.cent

PER 1530 DH  
LOT L1433 PER 12/28

Solution pour  
pulvérisation nasale



Flacon de 20 ml  
Voie nasale

sanofi-synthelabo

Maphar  
Bd Aikimia N° 6. Ql.  
Sidi Bernoussi. Casablanca  
Pett Drill 125 ml Sirop  
CE 22270/2018/ DMP 31/12/18  
P.P.C : 49,00 DH

CTC

LOCAPRED 0,1%  
CREME T15G

P.P.V : 16DH60



1180001010951

0,1%

TOTIFEN® 0,02 %  
Kétotifène

53,30

