

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.

Diagnostique 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

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

N° P19- 067350

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11443 Société : RAM 46873
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL-ALOU Aissa
Date de naissance : 03.04.78
Adresse :
Tél. : 0524225518 Total des frais engagés : 775,18 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01 / 10 / 2020
Nom et prénom du malade : ANTHON ANIA Age : 17 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Malade Rachitique Dénutritif
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 : 11 / 11 / 2020
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
05.11.2020	cte ard		250,00	Dr AIT M'HAMED L. 118 PEDIATRE 249, Bd yaacoub mansour, Résidence Mansour 2 étage, N°3, Hay Hassani 0522 39 39 04 / 0666 1 79 79

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

5/11/20

125,10

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

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 :

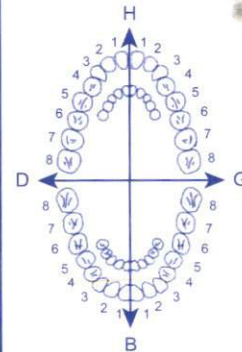
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



CCEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

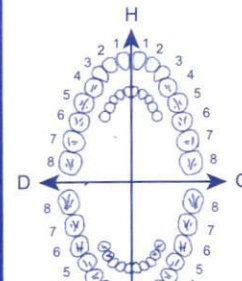
CCEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU
DEVIS



الدكتورة أيت محمد ليلي
إختصاصية في أمراض
الطفل والرضيع

Dr Ait M'hamed Laila
Pédiatre
Maladies du nouveau-né,
enfant

OTIPAX®

Solution pour instillation auriculaire
Flacon de 16g



6 118000 370024



Cabinet
Pédiatrique

Desloratadine

Erlus®

sirop 100 ml



6 118000 180890

0,5 mg / ml

sirop 100 ml

Doliprane® 150 mg

PARACÉTAMOL

10 SUPPOSITOIRES



6 118000 040293

Le Dr. H. Ado

Donnissou El Hieu Ait

194,2

27/01/2015 - 8h00

SV (circled)

1) Laver le corps au Topiatylse, sécher, bien sécher.

2) Appliquer la crème + corps au Topiatylse, sécher, bien sécher.

224,50

2) Appliquer la crème + corps au Topiatylse, sécher, bien sécher. (en long cours)

SV (circled)

3) En cas de lésions :

Dr AIT M'HAMED Laila
PEDIATRE
249, Bd Yacoub Mansour, Résidence
Mansour, 2^{ème} étage, N°3, Hay Hassani
0522 39 39 04 / 0666 11 79 79

249, Boulevard Yacoub El Mansour
Résidence El Mansour, 2^{ème} Etage, Apt3, Casablanca

T. 05 22 39 39 04 | Urgences. 06 66 11 79 79 | Email : draitmhamed@gmail.com



→ Locatop crème :

30,10

Appliquer

matin

soir

LOCATOP® 01%
Crème
Tube de 30 g



6 118000 012061

Puis

Appliquer

le soir

x 7 jours

Puis

Appliquer

1 soir / 2

x 7 jours

36,20

4) Ertus solution

20,20

Adose 2 fois

le soir

5) Otipax collyre

1 goutte

chaque

oeil

525,10

Dr AIT M'HAMED
PEDIATRE
249, Bd yaacoub mansour
Mansour, 2 étage, N° 3
0522 39 39 04 / 0666

LOT/BATCH:



الحجم : 200 مل
رقم التسجيل و تاريخ الانتهاء : انظر العبوة
الوكيل في ليبيا شركة مطع الفجر • معمل SVR صنع في فرنسا •
الوكيل في قطر : الشركة الطبية العالمية • الوكيل في المملكة العربية
السعودية : مؤسسة سقالة التجارية • توزيع : DISTRICOSM TUNISIE
مضافات البحيرة 1053 تونس

ACL : 3401360060722
CNK : 3350.097 / CNP : 7003053



3 401360 060722



صيدلية كميليا

PHARMACIE CAMELIA

Mme. LEMSEFFER MENJRA Mounia

29, Rue Hassan Souktani

Tél: 0522 27 17 07 - Casablanca

Dr AIT M'HAMED Laila
PEDIATRE

249, Bd yaacoub mansour
Mansour, 2 étage, N° 3
0522 39 39 04 / 0666 11 79