

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.

Réévaluation :

- 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 canalaire, 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 prothèse ou de traitement canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et AIC :

- 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 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 (1G) - Fax : 05 22 22 28 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

Nº W19-576969

54452

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	12516	Société :	R.A.M.
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AOMARI SOUPANG			
Date de naissance :	02/07/1986		
Adresse :	16, rue abou alhanan, résidence du port de Bretagne, quartier du ferme Bretagne		
Tél. :	06 61 24 25 01	Total des frais engagés	481,80

Cadre réservé au Médecin	 
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même
	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint
	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous procédé 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 : 04 / 01 / 2024

RELEVE 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
16.10.20 2020	CB + RD	25000 DH		DR AIT M ^{me} NED Lalla INP : 091-14551 DR AIT M ^{me} NED Lalla FODIAT Bd yacoub marrakech 20000 Marrakech Residence 2020

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ASSMAA AL BOUTI 15 bis, Rue Taha Ben Ismaïl, Casablanca Tel/Fax: 0522 25 53 53	16/10/2020	231,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DÉBUT D'EXÉCUTION	
FIN D'EXÉCUTION	
CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXÉCUTION	

O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

الدكتورة أيت محمد ليل
إختصاصية في أمراض
الطفل والرضيع

Dr Ait M'hamed Laila

Pédiatre

Maladies du nouveau-né,
du nourrisson et de l'enfant

HARMANIE ODYSSEE
15 bis Rue Asmaâ AMOR
Casablanca, Fennec Bretonne
Tél. Fax: 0522 25 52 03



Le 16.10.2010

Aoulati SALIMA:

02 mois - 12 kg

1) Doliprane 20mg suppo =

1 suppo x 11 jour s. 04,38^e

(s. 1 moissons)

2) Apiretil solution

1 dose 12 kg x 11 jour (si diarrhie)

83,50

3) Rhimoligny spray Nig

Eau de

1 pulvérisation x 11 jour

4) coquelucheal suppo. Nourrisson
1 suppo totale SOIR x 3 jours

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

Apartir de lundi 19/10/2020

98,50

75

1) Probiotiques Pedialyte au filtre

1 sachet à midi 1 jour

20,50

75

x 10 jours

2) vit. D₃. B.O.N. 20000 UI

1/2 dose à boire . Récupérer

en paravir. Ind.

231,80

75
Rég. K. ACIE ODYSSEE
S. S. MAA AMOR
Rue Farahine Ferme Bretonne
Casablanca
Tél. 0522 25 52 53

Dr AIT M'HAMED Laâla
PEDIATRE
249, Bd Yacoub Mansour, Parc
Mansour, 20650, N° 3
0522 59 39 00 - 0522 59 11 11

Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml

CHOLÉCALCIFÉROL / CHOLECALCIFEROL / كولي كالسيفيرويل /

1 ml محلول للحقن العضلي واللثري / Oral and IM injectable solution /

Solution injectable IM et buvable / Oral and IM injectable solution /

Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml

Respecter les doses prescrites / Follow the stated doses

تحفظ خاصاً بالجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance / Only upon prescription/
يصرف فقط بموجب وصفة طبية

لائحة II - List II - II

ZENITH Pharma
AMM N°171/16 DMP/21/NNPR



6 118001 272228

PPV : 20,90 DH

Titulaire de la décision d'enregistrement /
صاحب مقر التسجيل / MA holder



BOUCHARA-RECORDATI

GROUP

70, avenue du Général de Gaulle
92800 PUTEAUX - FRANCE
Tél.: +33(0)1 45 19 10 00

المصنع / Manufacturer /

HAUPT PHARMA

1, rue Comte de Sinard
26250 LIVRON SUR DROME - FRANCE

يجنب قراءة المبرققة قبل الاستعمال
عن طريق الفم أو الحقن في العضل.

يحفظ بعيداً عن مجال يضر
الأطفال وعن متاحف الطعام.
بعدئذ في درجة حرارة لا تتجاوز 25°C.

Read the leaflet carefully
before use.
Oral use or I.M. injection.
Keep out of the sight and
reach of children.
Store below 25°C and away from light.

DE n° 269/14H 095/97/15

Lire attentivement la notice,
avant utilisation.
Voie orale ou injection I.M.
Tenir hors de la vue et
de la portée des enfants.
A conserver à une température
inférieure à 25°C
et à l'abri de la lumière.

Dolipran®

PARACETAMOL

200 mg

11D70
11022
12383

P P V
P E R
L O T



DOULEURS
FIEVRE

10 SUPPOSITOIRES



bottu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Ain Sébaâ - Casablanca

S.Badraoui - Pharmacien Responsable

b

6 118000 020349

Non remboursable


COQUELUSÉDAL PARACÉTAMOL 100
12 SUPPOSATOIRES NOURRISSONS

Coquelusédal Paracétamol 100



LOT 1D7
EXP 11-192614
PPV 17.7.2002

DH

Toux • Fièvre • Etats grippaux

ELERTE

