

# 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.

## Biologie 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.

## Prothèse 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](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)

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)



Déclaration de Maladie  
N° M20- 0000702

59296

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0929 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ELHAROUCHI DRIS  
Date de naissance : 22/10/1992  
Adresse :  
Tél : 06-62-88 49 42 Total des frais engagés : Dhs

## Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin :  
Dr. Lamia HASSANI CHERKAOU  
Pneumologue - Allergologue  
25, Bd Oued Rabii Hay Oulfa - Casablanca  
Tél: 05 22 60 24 21  
Date de consultation : 22/01/2021  
Nom et prénom du malade : N- ELHAROUCHI DRIS Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Affection Respiratoire  
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 le Paiement des Actes  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 22/05/2021      | C3                |                       | 270,00                          | <br>Dr. Lassa HASSANI<br>Pneumologue - Allergologue<br>405, Bd Oued Rabii - Oulfa - Casablanca<br>Tél: 05 22 89 24 22 |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| <br>PHARMACIE DU NIL<br>451, Bd Oum-Rabii<br>Oulfa - Casablanca | 22/05/2021 | 219,90                |

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

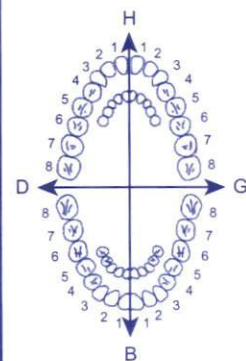
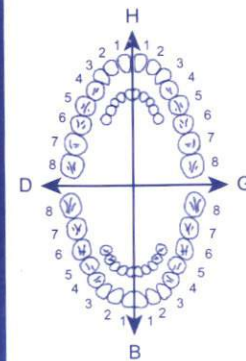
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

**Important :**

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

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|---|--|------------------|-------------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|---|
|    |  |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/><br><br>FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE<br><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> [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                  |             | H   |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS <input type="text"/><br><br>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
| H   |  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| 25533412  | 21433552   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| 00000000  | 00000000   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| D   | G  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| 00000000  | 00000000   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| 35533411  | 11433553   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| B   |  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

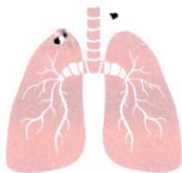
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

# Dr. Lamia HASSANI CHERKAOU

Pneumo - Allergologue

Diplômée de la Faculté de l'Université  
Hassan II Casablanca  
Ancienne Interne au CHU Ibn Rochd  
Ancienne Résidente au service de pneumologie Hôpital 20 Août  
Ancienne Pneumologue au CDTMR Saâda à Hay Mohammadia  
Ex.Déléguee au Ministère de la Santé à la préfecture  
d'Arrondissement Ain Chock

Spécialiste des Maladies Respiratoires  
Asthme - Allergies Respiratoires - Tuberculose - Tests Cutanée  
Pathologie du Sommeil - Sevrage Tabagique - Spirométrie



## الدكتورة لمياء حساني الشرقاوي

طب اختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي

خريجة جامعة الحسن الثاني لطب والصيدلية بالدار البيضاء  
طبيبة داخلية سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد  
طبيبة أمراض الجهاز التنفسي سابقا بمستشفى 20 غشت  
طبيبة أمراض الجهاز التنفسي سابقا بمركز تشخيص داء السل  
و الأمراض التنفسية بالحي المحمدي  
مندوبية وزارة الصحة سابقا بعمالة مقاطعة عين الشق

إختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي - الضيق - داء السل  
أمراض الحساسية - الإقلاع عن التدخين - أمراض النوم

22/01/2021

Casablanca, le : .....: الدار البيضاء

MR El Harouchi Driss

HARMACIE DU NIL

451, Bd. Oum-Rabii

1) Omiz 20mg

01 gélule le matin à jeun pendant 07 jours

2) Azix 500

01cp/jour pendant 03 jours

3) S-cort 20mg

03 cp à faire diluer dans un peu d'eau le matin  
après le petit déjeuner pendant 06j

4) Loreus Cp

01 Cp le soir pendant 01 mois

A revoir dans 15 jours

HARMACIE DU NIL

451, Bd. Oum-Rabii

Oulfa - Casablanca

HARMACIE DU NIL

451, Bd. Oum-Rabii

Oulfa - Casablanca

الدكتورة لمياء حساني الشرقاوي  
Dr. Lamia HASSANI CHERKAOU  
Pneumologue - Allergologue  
451, Bd. Oum-Rabii - Oulfa - Casablanca

485, حي الألفة أم الربيع أمام مختبر كريم لاب فوق وكالة البنك الشعبي - الدار البيضاء

485, Bd Oued Oum Rabii au dessus de l'Agence de la Banque Populaire

en face du Laboratoire «KARIMLAB» - Casablanca

Tél.: 05 22 69 24 21 • Urgences: 06 61 89 84 25 • E-mail: hassani.lamia@yahoo.fr

PPV 41DH50  
PER 06/22  
LOT J1834-2



# LORFUS<sup>®</sup>

Desloratadine

5 mg



15

Comprimés  
Pelliculés

Voie orale

bottu<sub>sa</sub>

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebda - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV 41DH50  
PER 06/22  
LOT J1834-2



# LORFUS<sup>®</sup>

Desloratadine

5 mg



15

Comprimés  
Pelliculés

Voie orale

bottu<sub>sa</sub>

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebda - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable



**AZIX<sup>®</sup>**

Azithromycine

**500 mg**

Voie orale

**COMPOSITION :**

Azithromycine ..... 500 mg

Excipients ..... q.s.p 1 comprimé

PPV 790H70  
PER 11/23  
LOT J3107



07/07

**3** Comprimés  
sécables



**b**

bottu S.A.

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebila - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

AMM N° 45 DMP/21/NRQ



730029.10.19

20 mg

**S-CORT®**  
Prednisolone

20 Comprimés  
effervescents  
sécables  
Voie orale

20 mg

**S-CORT®**  
Prednisolone

20 Comprimés  
effervescents  
sécables

Voie orale

LOT N°:

UT. AV :

PPV (DH) :

84170

2250

20 mg

أوميترازول

أوميترازول



LABORATOIRES  
**PHARMA 5**  
مختبرات فارما 5

**Composition :**

Ornéprazole ..... 20 mg  
Excipients q.s.p ..... 1 gélule

Excipients à effet notoire : saccharose.

Tenir hors de la portée des enfants.

Indications, contre-indications, posologie : voir notice.  
A conserver à une température ne dépassant pas 25°C et à l'abri de l'humidité.

AMM : 330/DMP/21

وحدات حسنة مقاومة للمصارة المعدية

كبسولات  
عن طريق الفم

7

**Oviz 20mg**  
7 gélules

