

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

- 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 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19-0027180

AS4315

- Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12611 Société : Royal Air Maroc
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : CHEMALLI MOHAMMED
Date de naissance : 16.04.1988
Adresse : Quartier AL7AZ Residence AMBAR-3
Appt K23 Casablanca
Tél. : 06 14 15 43 4 Total des frais engagés : 876,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/03/2023
Nom et prénom du malade : CHEMALLI Ghali YAHYA Age :
Lien de parenté : Lui-même Conjoint 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 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 : 27/03/2023
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
31/03/23			22500	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/03/23	626,40

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	

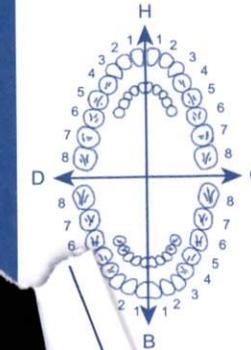
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaires, 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE															
				<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
			DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																



DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

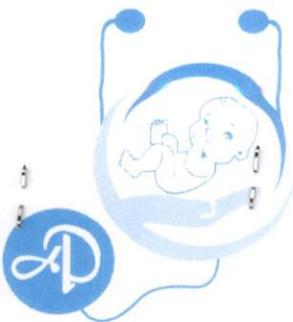
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Cabinet Dr. Amal DAMIR

عيادة الدكتورة أمال ضمير

Pédiatre
Spécialiste des Maladies des Enfants
Nourrissons, Nouveaux-nés
Allergologue
Asthme et Allergie des Enfants

إختصاصية في أمراض
الرضع والأطفال
إختصاصية في حساسية الأطفال
أمراض الربو الضيقة



03.03.2023

الدار البيضاء، في :

Nourrisson CHEMALLI Ghali Yahya

Age : 6 mois 9 jours

Poids : 7,30 Kg

1- OSCILLOCOCCINUM UNIDOSE GRAN

1/2 dose le matin et le soir, pendant 5 jours.

2- STÉRIMAR STOP PROTECT RHUME BÉBÉ

1 pulvérisation le matin, à midi et le soir, pendant 5 jours.

3- PEDIAKID NEZ-GORGE SIROP

1 càc le matin et le soir, pendant 7 jours.

4- ZECLAR 25 mg/ml glé p susp buv : FI/100ml

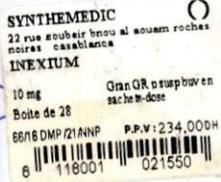
Prendre 1 dose-kg le matin et le soir, pendant 7 jours.

5- BÉTASTÈNE GOUTTE

68 gouttes le matin pendant 5 jours

6- INEXIUM 10 mg glé p susp buv : Sach-dose/28

Prendre 1 sachet le matin et le soir, pendant 1 mois.



المرجو إحترام وصفة طبيكم

Bd. Abou Bakr El Kadiri, Lotissement Haddioui N°497, Sidi Maârouf - Casablanca

شارع أبو بكر القادري تجزئة الحديوي الرقم 497 - سيدي معروف - الدار البيضاء

البريد الإلكتروني: damiramal25@hotmail.com - E-mail : damiramal25@hotmail.com - الهاتف : 06 61 09 74 40 - GSM : 05 22 33 57 20 - Tél.: 05 22 33 57 20

L950

ZECLAR® 25 mg/mL
Boite d'un flacon de 100 mL
P.P.V: 98,90 DH



6 118001 182862

Maphar

Km 10, route côtière 111

QI-Zenata, Ain Sebaâ, Casablanca, Maroc

PEDIAKID

NEZ - GORGE

Soucieux d'apporter à l'enfant les meilleures sources concentrées de nutriments et d'actifs à effet physiologique, les Laboratoires INELDEA, ont élaboré **PEDIAKID®** : une gamme de produits formulée selon les exigences de qualité et de sécurité propres à l'enfant.

Les extraits actifs de plantes contenus dans la gamme **PEDIAKID®** sont rigoureusement sélectionnés pour leurs propriétés reconnues et leur action douce.

Tous les concentrés buvables **PEDIAKID®** contiennent des fibres solubles d'acacia, aux effets rééquilibrants de la flore intestinale.

Exclusivité des Laboratoires INELDEA, le sirop d'Agave est constitué de sucres naturels non raffinés.

N°CE : 201615122650MP/20UCA/MAV2

Fabricant :

PEDIAKID® est une marque déposée des
Laboratoires INELDEA
06510 Carros - France
■ ● Marque Française
www.pediakid.com

.....
Distributeur :

Rimapharma - 165, Bd Abdelmoumen
Casablanca, Maroc.
Tél : +212-522-29-58-47



PVC : 98,00DHS

LABORATOIRES
INELDEA

BOTTU SA
PPV: 71 DH 50

États grippaux

oscillococcinum®

6 doses



BOIRON®



CIP: 3400732611007

LOT: 3H0362

EXP.: 07/2026