

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, parodontologie 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 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 tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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

N° W21-816565

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6462 Société : RAN
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : LARAQUI Housseini Duss
 Date de naissance : 07/08/1966
 Adresse : 3 lor Karam B Casablanca
 Tél. : 0661335007 Total des frais engagés : 822,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 12 OCT 2023
 Nom et prénom du malade : LARAQUI LINA
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Rhinopharyngite
 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 : 10 / 11 / 23

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

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
06/10/2023	2	# 30.0	INP : 091089615	Cachet Loila LAHLOU PEDIATRE 175, Rue Boukraâ Angle Bd. Juley Youssef - Casablanca 022-77 66-33134

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MEX 06 05 22 44 11	03-1 OCT 2023 21/10/23	332.00 DH 190.50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
				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 COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>											
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>											
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Leïla LAHLOU BERRADA
PEDIATRE

Maladies du nourrisson & de l'enfant
allergologie infantile



الدكتورة ليلى لعلو بريدة

إختصاصية في أمراض الطفل والرضيع
أمراض الحساسية عند الطفل

Casablanca, le : 21.10.23.

Nom - Prénom : LINA LARAQUI
Poids :

55.00

① Amoxicil 1g cp.

AS

1cp; 11 et 5 x 6j

105.00

② Physioner spray nasal

AS

2 pulv x 2/5

AS

26.50

③ nre cp effervescent 1g.

1cp de Natin x 6j

= 190.50

④ Abacel polio (1)

332.00

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
ADACEL POLIO SUSP INJ

B1 SER
P.P.V : 332.00 DH



PHARMACIE EL ABDOUS
MES
73
Tél: 0522 27 66 33 CASABLANCA

Docteur Leïla LAHLOU
PEDIATRE
175, Rue Boukraa - Angle Bd.
Moulay Youssef - Casablanca
Tél: 0522-27-66-33/34

إقامة جاسم حسام - 175 زقة بوكراع الطابق الأول - زاوية شارع مولاي يوسف - الدار البيضاء - قرب مستشفى مولاي يوسف
Résidence Jassim Houssam - 175, Rue Boukraa - Angle Bd My Youssef - 1er Etage - Casablanca - en face de l'Hôpital My Youssef (ex Sidi Soufi)
Tél.: 05 22 27 66 33 - Urgences : 0 6 61 16 60 57 - E-mail : leilalahlouberrada@gmail.com

يحفظ بعيدا عن متناول ومراى الأطفال
هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية



A mettre préalablement
dans un demi verre d'eau
avant ingestion

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

إذابة القرص في كوب من الماء وحرك الخليط

PPV: 55,00 DH
LOT: 647350
PER: 02/23

AMOXIL 1g

12 comprimés dispersibles



IMPORTED
& DISTRIBUTED BY:

Bldg n°56 - Street 10/
Maadi - Cairo - EGYPT
Registration n° 156/2010/1

العمارة
الاستيراد لشركة

BOTTU SA

PPC : 109 DH 00



PHYSIOMER®

Adults
Children Age 2 +

Nasal Spray
Decongestant

Hypertonic

Composition :

Acide ascorbique1000 mg
Excipients q.s.p 1 comprimé effervescent.
Excipients à effet notoire : E110, saccharose, sodium.
Boîte de 20 comprimés effervescents.

VITAMINE C 1g

Boîte de 20 comprimés effervescents

P.P.V. : 26,50 DH



AMM N° : 571R1/18DMP/21/NRQ

Dr Maria MAFTOUH
Pharmacien Responsable

يحفظ بعيدا عن الحرارة والرطوبة.
Conserver à l'abri de la chaleur et de l'humidité.