

## 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 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

- Réclamation : 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



## Declaration de Maladie

N° W21-814891

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12838 Société : ROYAL AIR MAROC  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : AFRHOUL Mohamed Amine  
 Date de naissance : 08-12-1984  
 Adresse : CGI-Bouskoura-Casablanca  
 Tél. : 0668595298 Total des frais engagés : 1854,160 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : AFRHOUL YASSINE  
 Lien de parenté :  
 Nature de la maladie :  
 En cas d'accident, préciser les causes et circonstances :  
 Dans le cas contraire, préciser 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 : 22/10/2023  
 L'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



# 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
02/10/23	25440			INP : 09744872 Dr Salma LIEM PEDIATRE Rond Point Elia N° 31 Casablanca Imm: 2C 3ème Etg N° 31 Tél: 05 22 58 34 10 / 05 22 06 16 46 INPE: 091040410

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ELIANTOWN Dr. ELIA ALIENAR Centre Médical Elia N° 31 Ville Verte, Casablanca Green Valley	02/10/23	25440

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

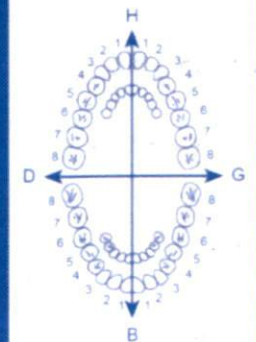
# AUXILIAIRES MEDICAUX

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.

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21485552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession


VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DES

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

**Dr. Salma LIEMLAHI**

Spécialiste des maladies Nouveau Né,  
Nourissons et Enfants.



**الدكتورة سلمى اليملاحي**

اختصاصية في أمراض الطفل والرضيع

**Asthme – Allergologie**

- Diplômée de l'Université de Grenade - Espagne
- Ancienne attachée au CHU de Grenade - Espagne
- Ex-chef de service de pédiatrie à l'Hôpital Hassani à Casablanca

**الربو – الحساسية**

- خريجة جامعة غرناطة - اسبانيا
- ملحقة سابقة بالمستشفى الجامعي بغرناطة - اسبانيا
- رئيسة سابقة لقسم الأطفال بمستشفى الحسني بالدار البيضاء

Casablanca, le 21/10/2023 في الدار البيضاء

BB. Arkoul.

Poids : 3650.

Taille :

P.C :

Sexe : ☒ Garçon ☐ Fille

Date et heure de naissance

gouttes 2 gouttes 3 fois par jour

**1- SOINS DU CORDON** : 2 fois par jour pendant 10 jours

SEPTRIM Spray

COMPRESSES STÉRILES

**2- SOINS DES YEUX ET DU NEZ** : 2 fois par jour

Serum physiologique unidose

**3- VIT K1/ Konkion 2mg Pédiatrique**

1 fois par semaine pendant 5 semaines

à donner pour boire avec une seringue de 2.5 ml

**4- LAIT MATERNEL EXCLUSIF**

En cas d'insuffisance donner

30 al + 1cc die 3 fois

( Sur rendez-vous )

0522583410 - [driemlahiepediatre@gmail.com](mailto:driemlahiepediatre@gmail.com)

Angle Bd Al Qods et Bd. Aboubakar Al kadiri, Imm. BC, 3<sup>ème</sup> étage, N°31  
Sidi Maarouf-Casablanca (en face du rond point Al Moustakbal)





## INGREDIENTS:

Aqua.  
Chlorhexidine gluconate  
Calendula  
Benzalkonium chlorure

## CONSEILS D'UTILISATION:

Se limiter aux zones à traiter  
Utiliser sur les zones externes.

Lot : SKL04/2021  
Per.: 04/2025  
PPC.: 55,00 DH



6223001083927



# SEPTRIM SPRAY

**Solution Antiseptique**  
Pour Application Locale



**Triple Action**

**ANTISEPTIQUE  
ANTIFONGIQUE  
ANTIBACTÉRIEN**

e60ml

## PRECAUTIONS D'EMPLOI:

Ne pas laisser à la portée,  
et à la vue des enfants  
Eviter le contact avec  
les yeux.

## INDICATIONS:

Antiseptie des épidermes  
sains, Abimés ou irrités

En néonatalogie :

Soins de l'ombilic

En chirurgie :

Circoncision et soins  
post opératoires

En dermatologie :

Soins des épidermes.

Sans alcool  
Sans paraben  
Sans colorant



**SKL pharma**

Hygiène, vitalité et confort

Groupe 64 N° 4 Al Moubaraka  
Al Qods - Casablanca

# SEPTRIM SPRAY

**Solution Antiseptique**  
Pour Application Locale



**Triple Action**

**ANTISEPTIQUE  
ANTIFONGIQUE  
ANTIBACTÉRIEN**

e60ml

LOT



G233163  
2025 12

CE 1014

(Année apposition  
marquage CE : 2015)

STERILE A



Distribué par Gilbert Maroc  
22, Rue Ennajaf - Quartier Derb  
Ghallel Maarif - Casablanca - Maroc

9 788420 532318

L.O.T 232066

XP 06 2026

P.D.V 26,40



**NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER**  
**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Tableau A (Liste I) - Uniquement sur ordonnance  
جدول أ (لائحة أ) - يصرف بموجب وصفة طبية

**TOBREX® 0,3 %**  
COLLYRE EN SOLUTION  
Tobramycine  
Flacon de 5 ml

**% 0,3 توبريكس®**  
قطرات للعين على شكل محلول  
توبراميسين  
قارورة من سعة 5 مل

TOBREX® 0,3 %  
Collyre, flacon de 5 ml  
AMM N° 30 DMP/21/NCI



**TOBREX® 0,3 %**  
COLLYRE EN SOLUTION  
Tobramycine  
Flacon de 5 ml

GTIN

EXP  
Lot  
MFD  
SN

(01) 04260095681805

09 2025

F3129F01

09 2022

K6D2C1LA1CORC9T



BOTTU SA  
PPV: 124 DH 00





907

2028-02



151123-05



2023-03



REF U6020MB

U020 /V12

D.m.a: 06/2022