

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.

Maladie

Dentaire
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

12838

Actif

Pensionné(e)

Société :

ROYAL AIR MAROC

Nom & Prénom :

AFRHOU L Nohamed Amine

Date de naissance :

08-12-1984

Adresse :

CGI - Bouskoura - Casablanca

Tél. :

0668595298

Total des frais engagés :

1856,40

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

INPE:09104010
MRC 3eme Etape 31/05/2022
Rond Point Al Moustakbal
Dr. Saida LIEMLAHI

Date de consultation :

AFRHOU YASSINE

Age:

Nom et prénom du malade

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie

En cas d'accident, déclarer les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie est d'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 dans la présente déclaration. Je déclare

avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

à l'adhérent(e)



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
02/12/23	22	600,00	INP : 091040410	Dr Salma LIENAI 8470 PEDIATRE Rond Point Al Moustakbal Immeuble 3C 3ème Etg N°31 Casablanca 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
Dr. Salma LIENAI Centre de Santé Ville verte	08/10/23	254,50

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

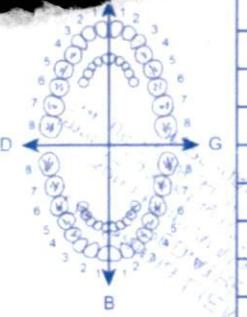
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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

DES IN	MONTANTS DES SOINS
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412 21485552
00000000 00000000
D 50 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

Dr. Salma LIEMLAHI

Spécialiste des maladies Nouveau Né,
Nourrissons 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

2/10/2013

الدار البيضاء، المغرب

BB. A. B. kool.

Poids : 3650.

Taille :

P.C. :

Sexe : Garçon Fille

Date et heure de naissance

Tobrex 2 gouttes 3 fois par jour

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

55,00 SEPTRIM Spray
COMPRESSES STÉRILES

65,00 2- SOINS DES YEUX ET DU NEZ : 2 fois par jour
Serum physiologique unidose

186,00 3- VIT K1/ Konkion 2mg Pédia

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 alt ice die 3 week

(Sur rendez-vous)

0522583410 - driemlahiepediatre@gmail.com

Angle Bd. Al Qods et Bd. Aboubakar Al kadiri, Imm. BC, 3 ème 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

SEPTRIM SPRAY

Solution Antiseptique
Pour Application Locale



Triple Action

ANTISEPTIQUE
ANTIFONGIQUE
ANTIBACTÉRIEN

e60ml



Groupe 64 N° 4 Al Moubaraka
Al Qods - Casablanca

LOT

G233163



2025 12

CE 1014

(Année apposition
marquage CE : 2015)

STERILE A



Distribué par Gilbert Maroc
22, Rue Ennjajaf - Quartier Derb
Ghallef Maarif - Casablanca - Maroc



9 788420 532318

1.03 232066

EXP 06/2026

PPV

26,40



Soyez très prudent

Ne pas conduire sans
l'avis d'un professionnel
de santé

NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Tableau A (Liste I) - Uniquement sur ordonnance
جدول A (الائحة A) - يصرف بوصيب وصفة طبية

TOBREX® 0,3 %
COLLYRE EN SOLUTION

Tobramycine
Flacon de 5 ml

توبريكس® 0,3 %

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



6 118000 020417

TOBREX® 0,3 %
COLLYRE EN SOLUTION
Tobramycine

Flacon de 5 ml

GTIN

(01) 04260095681805

EXP

09 2025

Lot

F3129F01

MFD

09 2022

SN

K602C1LA1C0RC9T



BOTTU SA
PPV : 124 DH 00





907

2028-02

2028-02

ISSN23-05

2023-03

1

REF U6020MB

U020 / V12

D.m.a: 06/2022