

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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



197238

**Déclaration de Maladie**  
M23- N° 0034777

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11365 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BENZAIDOUNE - ANASS  
 Date de naissance :  
 Adresse :  
 Tél. 06.672.7844 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**DR. LAHLOU AHMED**  
PEDIATRE  
INP : 91088930  
903, Av. 2 Mars Casablanca  
Tél : 05 22 52 62 63

Date de consultation : 09/01/24  
 Nom et prénom du malade : BENZAIDOUNE RADY Age: 10/11/2  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie :  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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) :

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
29/11/24	Cg	1	250	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

      9/11/24      31,20

# 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

		Nombre				
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

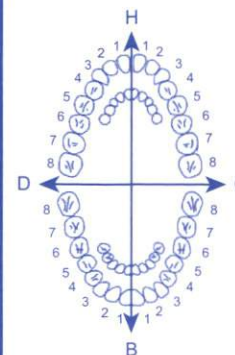
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées      Nature des Soins      Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 G 00000000  
35533411 11433553  
B

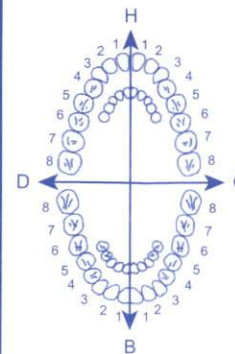
Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

(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

Docteur Ahmed LAHLOU

Pédiatre

Ancien Chef de Clinique

du C.H.U de Strasbourg (FRANCE)

Pédiatrie Générale - Réanimation Néonatale

Echographie Pédiatrique



الدكتور أحمد لحلو

إختصاصي في أمراض الأطفال و الرضع

طبيب إختصاصي سابقا بالمستشفى الجامعي

استراسبورغ (فرنسا)

الإنعاش - الفحص بالتلفاز

Casablanca, le

9/1/24

الدار البيضاء ، في

Benzaidoun Romy

99,50 1) Etopolis ef



89,50



Acact 31

2) A p... spray

x 3/5 x 2

42,20

3) ... sport

4) ... 4g

5) ... x 2/5 x 75

Barcode: 8 032578 479683

LOT 230681

2026/08

PPC : 89,50 DH



Dr. LAHLOU AHMED  
PEDIATRE  
INP : 91088930  
903 Avenue 2 Mars Casablanca

903، شارع 2 مارس، الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.52.62.63 / 05.22.52.70.83 - المحمول : 06.61.19.62.60  
903، Avenue 2 Mars 1<sup>er</sup> étage Casablanca - Tél.: 05.22.52.62.63 / 05.22.52.70.83 - GSM : 06.61.19.62.60

231,20

INP 91088930

# فَيُولَيِسْ®

محلول للشرب

خصائص:

فَيُولَيِسْ® محلول للشرب يحتوي على مستخلصات  
لية كصمغ النحل والإكيناسيا وعسل الأوكالبتوس  
مين C.

فَيُولَيِسْ® يعمل بشكل متكامل لتهدئة  
ري التنفسية وتلطيف الحلق وتعزيز النظام  
في الجسم.

فوائد الإستعمال:

فَيُولَيِسْ® للكبار: 10 مل مرتين (2) إلى ثلاث (3)  
في اليوم.

فَيُولَيِسْ® مصحوب بكوب صغير مُدرّج لقياس  
الجرعة.

يحرك جيدا قبل الإستعمال

إرشادات الإستعمال:

الجرعة المنصوح بها.

بعد تناول الأطفال الصغار.

الفتح يحفظ بعيدا عن الرطوبة و الحرارة.

غذائي ليس بدواء.

Importé et distribué au Maroc par MEDIPRO Pharm

Borj El yacout, Bd Rahal El Meskini. 20120 - Casablanca

Autorisation ministère de santé n°:

20211406042/MAV3/DMP/CA/18

Fabriqué par:



PLAMECA

Avda. Prat de la Riba, s/n

08790 Pallejà

Barcelona - Spain

R.S.I. 26.05726/CAT



8 435100 8645

Lot:

230317

à consommer

de préférence avant le: 03/2026

PC: 99,50 DH