

# **RÉCOMMANDATIONS 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.



## **Déclaration de Maladie**

N° W19-554019

169522

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 1803

Matricule : 1803 Société : R-A-M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : EL FARA MOHAMED

Date de naissance : 05/09/1955

Adresse : AN MOCK Rue 129 N°34 CHA

Tél : 0661978518 Total des frais engagés : 1218,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Adila LAALOU  
MÉDECINE GÉNÉRALE  
Hay Saada, rue 26, N°5, App1  
Tarik El Kheir, Sidi Bernoussi  
Casablanca Tel/ 05 40 02 69 69

Date de consultation : 24/07/2023

Nom et prénom du malade : LASRI Amal Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : R. anxieux / Rhinite allergique

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 : 26 / 07 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

## **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



[illegible]

| EXECUTION DES ORDONNANCES                                                                                     |                |                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur                                                                     | Date           | Montant de la Facture |
| <b>Pharmacie ATTIOUI</b><br> | 24 / 07 / 2022 | 1018,50               |

[illegible]

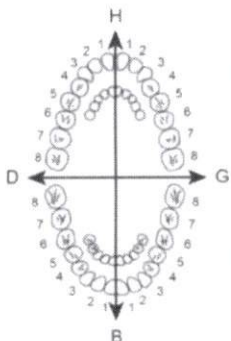
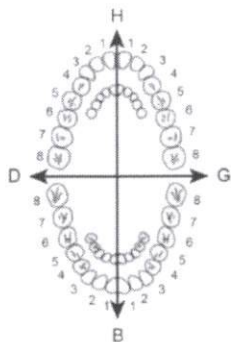
| AUXILIAIRES MEDICAUX                |                   |        |    |    |    |                                    |
|-------------------------------------|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|
| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|                                     |                   | A M    | 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<br>Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Nature des<br>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.<br>PROTHESES DENTAIRES                                                        | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b><br/>           25533412<br/>           00000000<br/> <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">           21433552<br/>           00000000<br/> <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">           00000000<br/>           35533411<br/> <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">           00000000<br/>           11433553<br/> <b>B</b> </div> </div> |                     |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |
|                                                                                      | <b>{Création, remont, adjonction}</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |             | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |             | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>     |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |             |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |             |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |             |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |             |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |             |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |             |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |             |                                              |

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

4% Neofortan AGO

98,80



02cp x 2j allant repas

Dr. Adila LAMLOU  
MÉDECINE GÉNÉRALE  
Hay Saada, rue N°5, App1  
Tarik El Kheir, Sidi Bernoussi  
Casablanca Tel: 05 20 02 69 69

101850

63,20

63,20

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83,70 DH  
ID: 651750  
118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83,70 DH  
ID: 651176  
118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83,70 DH  
ID: 651176  
118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83,70 DH  
ID: 651750  
118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83,70 DH  
ID: 651750  
118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83,70 DH  
ID: 651750  
118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83,70 DH  
ID: 651176  
118001 140237

NEOFORTAN<sup>®</sup> 160 mg

PPV 98DH80  
EXP 12/2025  
LOT 2D023 8

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83,70 DH  
ID: 651750  
118001 140237

PHARMED  
LOT : 2684  
UTAV: 03-26  
PPV : 200H00

PHARMED  
LOT : 1542  
PER : 08-25  
PPV : 200H00



**Dr . Adila LAALOU**

Médecine générale et famille

Diplôme universitaire en échographie générale

Diplôme universitaire en Gynécologie médicale  
et suivi de grossesse

Diplôme universitaire en nutrition et diététique  
cupping thérapie



الدكتورة عديلة لعلو

الطب العام والعائلي

دبلوم جامعي في الفحص بالصدى

دبلوم جامعي في أمراض النساء و تتبع الحمل

دبلوم جامعي في التغذية و الحمية

الحجامة الطبية

Casablanca le

24/07/2023

**Pharmacie ATTIOUI**  
Derb El Kheir, Rue 1, N°6 On Check  
Casablanca - Tél : 05 22 52 08 45

**AS**

1°/ Desoxat 3 01 cp x 21 jours repas

**AS**

2°/ Zytee 100 01 cp x 21 jours repas

**AS**

3°/ Femex 01 sachet x 21 jours repas

**Dr. Adila LAALOU**  
MÉDECINE GÉNÉRALE  
Hay Saada, rue 26, N°5, App1  
Tarik El Kheir Sidi Benoussi  
Casablanca 05 40 02 69 69

حي السعادة الزنقة 26 , رقم 5 الشقة رقم 1 ( أمام مدرسة الهندسة المعمارية ) سيدي البرنوصي الدار البيضاء

Hay Saada Rue 26 , N° 5 Appartement 1 , Tarik El Kheir Sidi Benoussi - Casablanca

Laalouadila@gmail.com - Tél : 05 40 02 69 69 - Gsm : 06 81 34 19 19