

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

- 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° W21-804931

124082

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7838 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : KHALID

Nom & Prénom : AMAROUCHE

Date de naissance : 27/07/1967

Adresse : 2 rue Gascogne RES EL MALK LILAH - ETC 1 - APT 2 - QUARTIER DES HOPITAUX - CASABLANCA

Tél. : 0661691366 Total des frais engagés : -106700 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08.06.23

Nom et prénom du malade : AMAROUCHE

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

08/06/23

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
08/06/23	C3		320,00	Dr. N. Berkhadra Benhabdrazik

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Samir F. MOUSSELI 13, Bis. Rue de Rome Résidence NORA Casablanca - Tél: 05 22 29 75 45	08/06/23	767,00

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	

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.

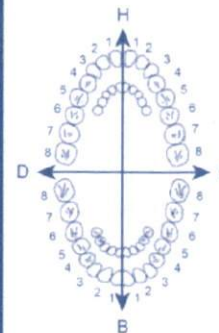
SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient

INP :



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

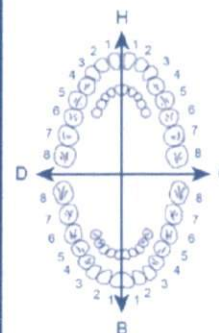
FIN
D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Hanane Benkhadra Benabderrazik
pédiatre spécialiste
diplômée de la faculté de médecine de Liège Belgique,

Cabinet



de pédiatrie

الدكتورة حنان بنخضراء بنعبد الرزاق
اختصاصية في أمراض الأطفال والرضع
خريجة كلية الطب بليبج (بلجيكا)

CASABLANCA, le 08.06.2023

Enfant AMAROUCHÉ Sami
Age : 9 ans 3 mois
Poids : 37,30 Kg

102,60
1 AERIUS 5 mg cp pellic : B/30

45,30
1 cp le soir, pendant 1 mois.

175,00
2 VENTOLINE AEROSOL

2 bouffées toutes les 6 heures pendant 5 jours.

79,70
3 SERETIDE 125 µg/25 µg/dose susp p inhal : FI/120doses

1 bouffée le matin et le soir, pendant 10 jours.

4 AZIX CP

1 cp 1/j 3 jours

5 ENTEROGERMINA 4 M

1 dose 1/j 8 jours

99,00
6 OEDES GEL 20 MG

14,40
Prendre 1 gélule le soir, pendant 1 mois.

79,90
7 DOLIPRANE 500 mg pdre p sol buv : 12Sach

Prendre 1 sachet toutes les 6h pendant 2 jours.

8 AUGMENTIN SACHET ENFANT

416, Anoual Capital center, Bd abdelmoumen angle Bd. Anoual entrée A, Bureau N° 9 1° étage - Tél.
benkhadrananah@gmail.com

Urgence : 06.63.05.28.12

صيدلية منتزه الإيسيسكو
PHARMACIE MONTRE AL ISSISKO
Dr. Samira EL MOSALLAMI
13, Rue de Rome Residence NORA
Casablanca - Tél: 05 22 29 75 45

Dr. BENKHADRA Hanane
Pédiatre
416, Bd. Abdelmoumen Angle Bd. Anoual
Rce Anoual Capital Center Tél: 05 22 29 75 45
GSM 06 63 05 28 12 - Casablanca

LOT: 106
PER: SEP 2024
PPV: 102 DH 60



VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 175,00 DH



6 118001 141869

PPV 79 DH 70
PER 12/25

PPV 99.00 DH

PPV 14 DH 40
PER 11/25
LOT 13806

PPU: 79,90 DH
LOT: 651117
PER: 06/24

PPU: 79,90 DH
LOT: 651117
PER: 06/24

Dr Hanane Benkhadra Benabderrazik

pédiatre spécialiste

diplômée de la faculté de médecine de Liège Belgique,

Cabinet



de pédiatrie

الدكتورة حنان بنخضراء بنعبد الرزاق

اختصاصية في أمراض الأطفال والرضيع

خريجة كلية الطب بلييج (بلجيكا)

CASABLANCA, le 08.06.2023

Enfant AMAROUCHE Sami

Age : 9 ans 3 mois

Poids : 37,30 Kg

Prendre 1 sachet le matin, à midi et le soir, avant le repas, pendant 8 jours.

9 VOGALENE 5 mg suppos séc : Plq/10

1 suppo le matin et le soir, pendant 2 jours.

10 TOUDEX SIROP

Prendre 1 cuillère-mesure le matin et le soir, pendant 7 jours.

Dr Hanane BENKHADRA

LOT: 230294
PER: 03-2025
PPV: 11,30DH

LOT 107045/F
PER 09/2025
PPC 79,90

PHARMACIE JARDIN IESCO
Dr. Sumira EL MANSOURI
13, Bis, Rue de Rome Résidence NORA
Casablanca - Tél: 05 22 29 75 44

Dr. BENKHADRA Hanane
Pédiatre
415, Bd. Abdelmoumen Ang. 24 Arroual
Pce Arroual Capital Center, 1er étage Bureau N° 9
Tél : 05 22 86 37 27 - Fax : 05 22 86 37 27
GSM : 06 63 05 28 12 - Casablanca

Casablanca, le - - - - -

416, Anoual Capital center, Bd. Abdelmoumen angle Bd. Anoual entrée A, Bureau N° 9 1^{er} étage - Tél : 05 22 86 37 27 / Cabinet: 06 59 93 11 11

المستعجلات : 06.63.05.28.12 — Urgence — Sur rendez-vous —

benkhadrahanan@gmail.com