

## 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 | adhésion@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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-436575

SN

ND: 3 1301



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 11443

Société : RAMY

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL HLOU AÏSSA

Date de naissance : 03.04.76

Adresse :

Tél. : 0624225518

Total des frais engagés :

708,6

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. SALMA LIEMLAHI  
Rond Point Al Moustakbal Imm. BC  
3ème Etat - N° 31 - Casablanca  
Tél: 0522 10 06 16 46  
ICE: 00164853 - 0030 - IMP: 091040410

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BB EL HLOU

Age : 24 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Amintante d'une Céarienne

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 09/03/2020

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PLAINE Angle Rue d'Alger et Rue de l'Indépendance N° 1 et Rue de l'Indépendance N° 1 Oasis Casablanca Tél.: 0522 25 09 09	03/03/2020	108,60

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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.

## **RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'INDE

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
533412	21433552
000000	00000000
0000000	00000000
533411	11433-53

[Création, remont, adjonction]  
fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REÇU

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Clinique  
les papillons

مصحة الغراسات

Casablanca le 33/2020

الدار البيضاء في

BB Elhba . (مع) (31/4/20)

ECHO du Bas -

Ico : Recent (+)  
gauche

Dr Salma LIEMLAHI  
FEDATRE  
Rond Point Al Moustakbal,  
Casablanca  
N° 31  
33eme Etage  
05 22 98 30 35 - 05 22 98 21 20 - 05 22 23 13 20  
05 22 98 31 32 - E-mail : cliniquelespapillonscasa@gmail.com



## 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 - إسبانيا

- ملحقة سابقة بالمستشفى الجامعي بغرناطة - إسبانيا

- رئيسة سابقة لقسم الأطفال بمستشفى الحسني

بالدار البيضاء

Casablanca, le : ٣/٣/٢٠٢٠ الدار البيضاء، في

B.B El hiba

Poids : 2830

Taille :

P.C :

Sexe:  Garçon  Fille

Date et heure de naissance

٢٦/٤/٢٠١٨...gouttes 2 gouttes 3 fois par jour  
(8g/100ml)



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

EOSINE A 2%

COMPRESSES STÉRIL

**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 4 semaines

à donner pour boire avec une seringue de 2.5 ml

**4- LAIT MATERNEL EXCLUSIF**

En cas d'insuffisance donner

0522583410/0522061646 – drliemlahiepediatre@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)

E10148B00

ZENITH Pro

PPC : 37,20

de

26,40



6 117050 213466

30.00 DH

3010342

01/2023

PPC

LOT

EXP

votre ph  
personnellement prescrit. Ne le donnez p  
gnes de leur maladie sont identiques aux  
quel effet indésirable, parlez-en à votre i  
désirable qui ne serait pas mentionné da

LOT 102092

XP 10 022

PPV 28 40

1.0

Ce

TOP

à de

com

2.0

en

N'u

· an

(antr)

Fait

· En

· Le c

· En l'a

· En cas d

· En cas de trau

· En raison de la présence de chlorure de benzalkonium, le port de lentilles de contact souffrant est déconseillé.

0,3 %, collyre en solution ET DANS QUE

IRMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTIL

GREX 0,3 %, collyre en solution ?

EFFETS INDÉSIRABLES EVENTUELS ?

2019-09 2024-08 15119-13

REFU6020MB

U020/V10

D.m.a: 03/2019