

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 |
| 6 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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.

N° W21-632464

13703

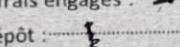
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 13139	Société : RDS		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ATTOUG MADEDDINE			
Date de naissance : 05/10/91			
Adresse : i.attoug@gmail.com			
Tél. : 0663238730	Total des frais engagés : Dhs		

Autorisation CNP N° : AA 215/2019

Cadre réservé au Médecin	E-mail : mohamed.issa.missam@mupras.com Dernière T.F.A : 0522 512 88 A. de la date de la déclaration : 09/09/2021 Pédiatrie : Dr. FOISSI MOUINA
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	Neur attauk
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	titre / vaccin
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 : DÉROKIR Le : 15/10/2022
Signature de l'adhérent(e) : 

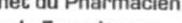
VOLET ADHÉRENT	N° W21-632464
Déclaration de maladie	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	

Matricule : 13139
Nom de l'adhérent(e) : ATTOUG-1
Total des frais engagés : 923 DH
Date de dépôt : 

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
15/10/22	as	200,000	INP : 111111111111111111 INPE : 06119879	INP : 111111111111111111 INPE : 06119879

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 صيادلة العروبة PHARMACIE EL AOUABA Dr Houda BENHABIBEY Lamta - Tunis - 1000 Tel/Fax : 05 22 51 40 55	15/10/22	723,20

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
		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.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important:

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
25533411	21433553

The diagram illustrates a dental arch with numbered teeth. The upper arch (maxilla) has teeth 1 through 8. The lower arch (mandible) also has teeth 1 through 8. The teeth are arranged in a curve, with 1 at the midline and 8 at the lateral incisor position. Each tooth is represented by a circle with a number inside.

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

MASTERFILE	
H	
25533412	21433552
00000000	00000000
<hr/>	
00000000	00000000
26522441	14225553

35553411 11433333
B

[Création, remont, adjonction]

pivalone® 1% 

Suspension nasale



SOCLAV® 100 mg/12,5 mg
Enfants
Flacon de 60 ml

VIS

1

1

63,00

63,00

GloxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 186,90 DH
ID: 647554

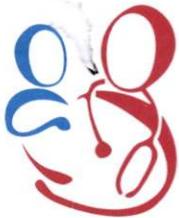
6 118001 140619

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 186,90 DH
ID: 647554

6 118001 140619

Dr.FOUISSI MOUNIA
Pédiatre

Ancienne Résidente du CHU Ibn Rochd
Diplômée de la Faculté de Médecine et de
la Pharmacie de Casablanca



د. الفويسى مونية

اختصاصية في أمراض الأطفال والرضع
طبيبة مقيمة سابقا بمستشفى ابن رشد للأطفال
خريجة كلية الطب
والصيدلة بالدار البيضاء.

Le : **15/10/2022**

Age :

Poids : **13,00**

Nom : **L'enfant : ATTOUK NOUR**

1) SOCLAV SIROP ENFANT

1 DDP 13 X3/J PDT 8J

2) OROPROPOLIS GEL BUCCAL

1 APP X4/J PDT 6J

3) PIVALONE GOUTTES NASALES

1 GOUTTE X3/J PDT 5J

4 - varivan



5 -

Havim 20 mg

6 -

Portovent 8h

1 can 60ml

723,20

شارع المقاومة، الوحدة A الرقم 98، الدروة

Avenue de la résistance, El Wahda I, N° 98 Deroua (En face ONE Deroua)
Tél.: 05 22 51 42 88 - Urg : 06 65 07 00 05 - E-mail : mouniafouissi@gmail.com