

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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



Déclaration de Maladie

N° W21-718286

137736

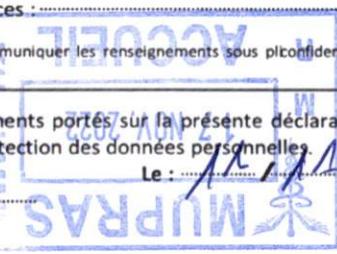
| | | | |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : | (440) | Société : | RAM |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre | RASS. D Scis |
| Nom & Prénom : RASS. D Scis | | | |
| Date de naissance : | 16/08/1965 | Adresse : 529 lot Haj tath casablanca | |
| Tél. : | 0661566363 | Total des frais engagés : | 697. Dhs |

| | |
|---|---|
| Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019 | Cadre réservé au Médecin |
| Cachet du médecin : Dr NOUNA M'hamed PEDIATRE 82. Av. Aba Chouaib Doukkali Ain Chifa II Casa 20550 Tel: 0522.85.10.58 | |
| Date de consultation : 11/11/2022 | |
| Nom et prénom du malade : KASSID DATHOUR | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : mal d'oreille + fièvre | |
| 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 : 11/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 11.4.22 | CS | 1 | 250 | INP : [REDACTED] |
| 14.4.22 | N.F. BULGARIEN 1 | 1 | 200 | DR MOUINA M'hamed Dr PEDERSON R.P. Dr CHOUEIRI S. Daukkali Date 11/04/2022 Montant de la facture : 20650 Ter. 0522 81 15 10:58 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| | | |
|---|---------|---|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| PHARMACIE AIN CHIFA El Amraani Oued Daukkali Casablanca Tunisie Date 11/04/2022 | 24.4.21 | \$2.100.000 TND Montant de la facture : 1697 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| | | | |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| | | | | | | |
|------------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : [REDACTED] |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|------------------------------------|
| [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | Coefficient des travaux [REDACTED] |
| [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | Montants des soins [REDACTED] |
| [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | Début d'exécution [REDACTED] |
| [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | Fin d'exécution [REDACTED] |
| [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | Coefficient des travaux [REDACTED] |
| [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | Montants des soins [REDACTED] |
| [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | Date du devis [REDACTED] |
| [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | Date de l'exécution [REDACTED] |

ODF PROTHESSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|---|---------------------|
| H | 25533412 21433552 |
| D | 00000000 00000000 |
| B | 35533411 11433553 |

[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 NOUNA M'hamed

Pédiatre

Lauréat de la faculté de médecine d'Amiens

Spécialiste des maladies du Nouveau-né

Nourrisson et L'Enfant

Asthme de l'enfant et Maladies

Allergiques

الدكتور نونا احمد

خريج كلية الطب بآميان

أخصائي في أمراض الرضيع و الطفل

مرض الربو (الضيق)

أمراض الحساسية

البيضاء في

Casablanca, le 11/11/2022

Nom/Prénom : RASSID **Mahmoud**

Poids : Poids : 16,000 Kg **age :** **Age : 3 ans**

1) CRISE D'ASTHME sévère

Nebulisation salbutamol + serum physiologique
au cabinet.

Dr NOUNA M'hamed
PEDIATRE
82. Av. Aba Chouaïb Doukkali
Ain Chifa 11 Casab 20550
Tel: 0522.85.10.58

Docteur NOUNA M'hamed

Pédiatre

Laureat de la faculté de médecine d'Amiens
Spécialiste des maladies du Nouveau-né

Nourrisson et L'Enfant

Asthme de l'enfant et Maladies

Allergiques

Casablanca, le 11/11/2022

Nom/Prénom : RASSID

Poids : Poids : 16,000 Kg

age :

1) VENTOLINE 100µg Susp inh Fl/200d

Prendre 10 doses toutes les 2 heures, pendant 1 jour
Puis Prendre 2 doses toutes les 2 heures, pendant 8 jours

2) EFFIPRED 20MG CP EFFERV

Prendre 1 et 1/2 comprimé le matin, pendant 8 jours

3) AZIX ENFANT 1500MG

Donner 1 dose poids de 16 Kilos par jour, pendant 5 jours

4) DOLIPEDIATRIQUE 30MG/ML 15MG/DOSE

Donner 1 dose poids de 16 Kilos toutes les 6 heures

5) NURODOL SUSP BUV

Donner 1 dose poids de 16 Kilos toutes les 6 heures

PHARMACIE AÏN CHIFA
Mme EL AMRANI OUAZZANI F.Z.
Ain Chifa 2 - Casablanca
Tél: 0522 81 16 97

Dr NOUNA M'hamed
PEDIATRE
82. Av. Aba Chouaïb Doukkali
Ain Chifa II Casablanca 20500
Tel: 0522.85 10.58

محمد

يان

و الطفل

حساسية

GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

EFFIPRED® 20 mg

PPV 40DH00
EXP 06/2025
LOT 22012 9

1 boite

1 boite

1 boite

1 boite

PPV: 80DH00
PER: 09/25
LOT: L2898

Doli®
PEDIATRIQUE
PARACETAMOL

PPV 170DH50
PER 10/24
LOT K2980

10\$100