

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° W21-670955

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 19739 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL HARRI Nahl
 Date de naissance : 23/10/84
 Adresse : 03, Rue Abbas ELAKKAD, Quartier des hôpitaux, Casa
 Tél. : 0662222780 Total des frais engagés : 556,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /
 Nom et prénom du malade : EL harriri med Ghali Age: 38 ans
 Lien de parenté : Lui-même ☒ Conjoint ☐
 Nature de la maladie : Affection longue durée
 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 : 07/04/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

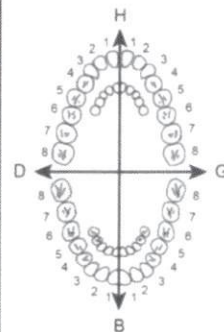
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
27/03/13	Gz	-	300 000	INP : [] [] [] [] [] [] [Signature]

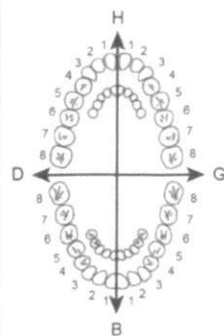
[illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
<div style="text-align: center;"> H <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: right;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <hr style="width: 100%;"/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: right;"> 00000000 11433553 </div> </div> </div>		COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	
		MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
		DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	
		DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Rachid BENNOUNA

PEDIATRE

Diplômé de Faculté Médecine de Paris

Réanimation Néonatale

Gastro Enterologie Pédiatrique

Allergologie kadigologue

I C E : 001635256000063

I N P E : 091027482



الدكتور رشيد بنونة

إختصاص في طب الأطفال

الطب بباريس

عد سابقا

باريس

AUGMENTIN
500mg/62,50mg
12 sachets

AUGMENTIN
500mg/62,50mg
12 sachets

PPU: 79,90 DH
LOT: 650796
PER: 06/24

PPU: 79,90 DH
LOT: 650796
PER: 06/24

27.03.2023

Casablanca, le في

Enfant EL HARIRI Med Ghali



Age :
Poids :

2x 79,90

1 AUGMENTIN ENFT SACHETS 500MG

1 Sachet le matin et le soir, avant le repas, pendant 7 jours.

30,00

2 BETASTENE GOUTTES

200 gouttes le matin, au cours du repas, pendant 3 jours.

38,10

3 ULTRALEVURE 250MG SACHETS

1 Sachet le matin, pendant 10 jours.

28,40

4 APIRETIL 100MG/ML

20 dose kgs le matin, à 10h, à 16h et le soir, pendant 2 j

256,30

صيدلية الياسمين
PHARMACIE DU JASMIN
Mme. LAMRANI Rajaa
61, Avenue 2 Mars - CASA
Tél: 05 22 81 17 67

LOT : 9904
UT. AV : 06 - 24
P. P.V: 30 DH 00



Fab :
6955 / 06/22
BIOCODEX MAROC PPV

EXP :
06/25
38 10 0



28,40

إقامة مركز بنسعيد - 30 زنقة المرشي - المعاريف - الدار البيضاء
Résidence du Centre BEN SAID - 30, Rue du Marché (Maarif) - Casablanca
Tél.: 0522.98.65.98 - Fax.: 0522.98.65.92 - Urgences Clinique AJIAL : 05.22.87.81
E-mail : bennounarachid41@gmail.com

