

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-786638

159734

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 8763 Société : RAM

Matricule : 8763

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : EN NON

Nom & Prénom : NAÏT BRAHIM

Date de naissance : 9-2-69

Adresse : 5 RUE ANASSOLE P des hôpitaux - Casn

Tél. : 0661213711 Total des frais engagés : _____ Dhs

Autorisation ONDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin : Dr. EL BOURY Chadi

Cachet du médecin : 25 AVR 2023

Date de consultation : 25 AVR 2023

Nom et prénom du malade : NAÏT BRAHIM JAÏD Age : 54

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Baouchles Lepels

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 : 08/05/23

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

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

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
125 APR 2023		2500		INPE:091022244

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

25/04/23

2632

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

AM

PC

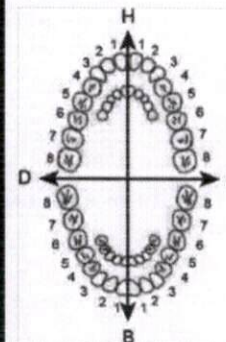
IM

IV

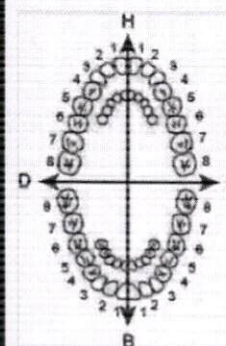
Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

* 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

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

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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 EL-BOURY Chadia

Pédiatre

Cardiologie Pédiatrique

Néonatalogie et Asthme de l'Enfant



الدكتورة البوري شادية

إختصاصية في أمراض الطفل و الرضيع

أمراض القلب والربو عند الطفل

Casablanca, le **25.04.2023**

Enfant NAIT BRAHIM Jad

Age : 5 ans 11 mois

Poids : 24,00 Kg

T = 37.5 °C

79.90 x 2
1 CLAVULIN SUSP BUV 500MG/62.5MG 12 S

Prendre 1 sachet le matin, à midi et le soir, pendant 1 semaine.

48.7
2 SOLUPRED 20 mg cp efferv : FI/20

Donner 2 et 1/2 comprimés le matin, pendant 5 jours.

21.90
3 BUTOVENT SIROP

Prendre 1 cuillère-mesure le matin, à midi et le soir, pendant 1 semaine.

20.00
4 CURTEC SIROP

Prendre 1 cuillère-mesure le soir, pendant 1 mois.

12.80
5 DOLIPRANE 300 mg suppos : B/10

Donner 1 sup 4 fois par jour si fièvre.

Dr. EL BOURY Chadia
Pédiatre

264, Ang Bd Ghandi et Omar El Khayam
Rés Jawhara Appt 14-3ème Etage
Casablanca
Tel/Fax: 05 22 95 11 38 - GSM: 06 71 24 76 77

263.20
PHARMACIE DES FACULTES
CHIZENE LAHBABI
Docteur en Pharmacie

94, Boulevard Mly Driss 1^{er} - Casablanca
Tél: 0522 86 23 01 - Fax: 0522 86 02 25

CLAVULIN
AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE
500 mg/62,50 mg

ENFANT



..... sachet(s) fois
jour à prendre de préférence
au début des repas, pendant
..... jours.

من ... مرات في اليوم، من الأفضل قبل الأكل، مدة ... يوم

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 79,90 DH
LOT: 650908
PER: 11/24



CLAVULIN
AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE
500 mg/62,50 mg

ENFANT



..... sachet(s) fois
jour à prendre de préférence
au début des repas, pendant
..... jours.

رات في اليوم، من الأفضل قبل الأكل، مدة ... يوم

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 79,90 DH
LOT: 651112
PER: 06/24



Butoven

0,04%

Salbutamol

21,90



-pred 20 mg

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم المقادير المعينة

Uniquement sur ordonnance - Tableau A (Liste I)
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A (لائحة I)

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Solupred 20 mg 20 cp
P.P.V: 48,70 DH



OPEN



PPV 12 DH80
PER 02/26
LOT M511

1280

10 Suppositoires

Doliprane
Paracétamol

300 mg

DOULEURS & FIEVRE

15

PPV:20DH00
PER: 09/25
LOT: L3282

Surtec
azine (dichlorhydrate) 1 mg / ml
solution buvable 60 ml

HORS DE LA PORTÉE DES ENFANTS

ation :
érature inférieure à 30 °C.

U C (LISTE II).

17 DMP/21/NRQ.

ECTER LES DOSES PRESCRITES