

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

159734

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 8763		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : NAÏT BRAHIM EL NOSMA		<input type="checkbox"/> Autre :	
Date de naissance : 9-2-69			
Adresse : 5 RUE JAUSOLEE. Q des hôpitaux - Casab			
Tél. : 0661218211	Total des frais engagés : Dhs		

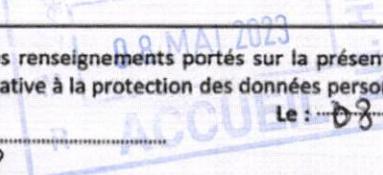
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr. El BOURY Chadia Pédiatre 264, Angle Bd Ghandi et Omar El Khayam Rés Jawhara Appt 14-3 ^e Etage Casablanca 05222651138-Gsm:0671247677			
Date de consultation : 25 AVR 2023			
Nom et prénom du malade : NAÏT BRAHIM JAD Age:			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Bouchites leperes			
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 : 08/05/2023



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
195 APR 2013	CHNO DH			INPE:08102228

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA HABIBI Chizlane LAHABIBI Docteur en Pharmacie Boulevard Mly Driss 1er - Casablanca 04, Boulevard Mly Driss 1er - Casablanca 0522 86 23 01 - Fax : 0522 86 23 02 Tel: 0522 86 23 01 - Fax	29/04/13	263.2.

ANALYSES - RADIGRAPHIES

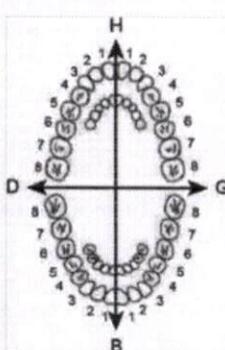
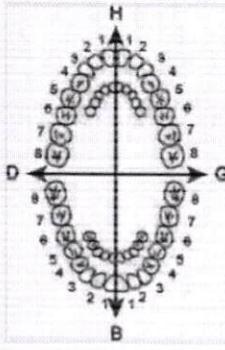
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

 <p>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</p>	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													
<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>36533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	36533411	11433553
H	25533412	21433552											
D	00000000	00000000											
B	00000000	00000000											
G	36533411	11433553											
													
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>													
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>													

Dr EL BOURY Chadia

Pédiatre

Cardiologie Pédiatrique

Néonatalogie et Asthme de l'Enfant



الدكتورة البويري شادية

اختصاصية في أمراض الطفل والرضيع

أمراض القلب والريبو عند الطفل

Casablanca, le **25.04.2023**

Enfant NAIT BRAHIM Jad

Age : 5 ans 11 mois

Poids : 24,00 Kg

1 CLAVULIN SUSP BUV 500MG/62.5MG 12 S

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

2 SOLUPRED 20 mg cp efferv : FI/20

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

3 BUTOVENT SIROP

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

4 CURTEC SIROP

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

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 14-3^{eme} Etage
Casablanca
(21) Fax: 05 22 95 11 38 GSM: 06 71 24 76 77

الطباعة الكترونية
PHARMACIE DES FACULTES
GILHENE LAHBABI
Docteur en Pharmacie
94, Boulevard Mly Driss 1^{er} - Casablanca
Tél: 0522 86 23 01 - Fax: 0522 86 02 25

**ENFANT**

..... sachet(s) faire 1
jour à prendre de préférence
au début des repas, pendant
..... jours.

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

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

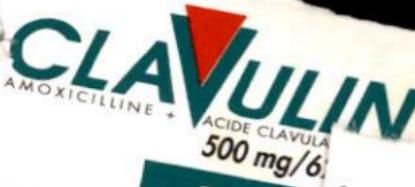
PPU: 79,90 DH

LOT: 650908

PER: 11/24



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

**ENFANT**

..... sachet(s) faire 1
jour à prendre de préférence
au début des repas,
..... jours.

رات في اليوم، من الأفضل قبل الأكل، مدة يوم

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Butoven

0,04%

Salbutamol

81,90



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

6 118000 060536

OPEN

Doliprane

Paracétamol

300 mg

10 Suppositoires

PPV 12080
PER 226
LOT 115M

12/80



ECTER LES DOSES PRÉSCRITES

1/17 DM/P/21/NRG

rester intérieur à 30°C.
U C (LISTE II).

ation :
HORS DE LA PORTÉE DES ENFANTS

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

utioen buvable 60 ml
zine (dichlorhydrate) 1mg / ml

urtex®

15



ml

ml