

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 canaux, 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 canaux.

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
- 0 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'Horizon
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-815795

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **6419**

Matricule : **6419** Société : **KAT**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **RASSID SAÏB**

Date de naissance : **16/08/1965**

Adresse : **520 Lot Hay Fath Casablanca**

Tél. : **0661568363** Total des frais engagés : **809,50** Dhs

Cadre réservé au Médecin : **PEDI**

Cachet du médecin : **82, Av. Aba Chicha Enkrai Ain Chifa 11 Casablanca Tel: 0522.85.10.58**

Date de consultation : **02-11-2027**

Nom et prénom du malade : **RASSID SAÏB** Age : **62**

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

Nature de la maladie : **asthme + pharyngite**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **08-11-2023**

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 : **03/11/2023 Casablanca** Le : **03/11/2023**

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
31/12/23	LJ	1	250	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
<p>INPE 092002401</p> <p>PHARMACIE AIN CHIFA</p> <p>Dr NOUHA M. MAMMERI</p> <p>Av. Abou el Kacem, 11, 38000, Algérie</p> <p>Tel: 0522 83 19 19</p>		

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES

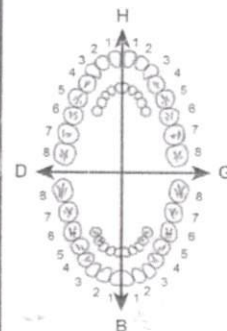
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

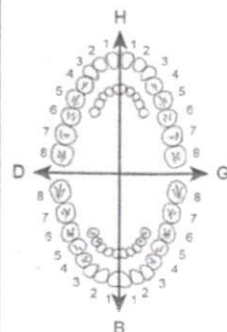
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
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

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 امحمد

خريج كلية الطب بآميان

اختصاصي في أمراض الرضيع و الطفل

مرض الربو (الضيق)

أمراض الحساسية

Casablanca, le 03/11/2023 البيضاء في

Nom/Prénom : RASSID Mahmoud

Poids : 18,000 Kg age : 4 ans

1) SERETIDE 125/25µg Susp inh FI/120doses

Donner 1 bouffée le matin et le soir, pendant 3 mois

2) VENTOLINE 100µg Susp inh FI/200d

Prendre 2 bouffées toutes les 2 heures

3) AZIX ENFANT 1500MG

Donner 1 dose poids de 18 Kilos par jour, pendant 4 jours

4) DERMOFIX CREME TUBE 30 G

Faire 1 application le matin et le soir, pendant 1 mois

PHARMACIE AIN CHIFA
Mme EL AMRANI OUAZZANI F.Z
128, Av. Abou Chouaib Doukkali
Ain Chifa 2 - CASABLANCA
Tel: 0522 81 16 97

PPV: 80 DH00
PER: 09/26
LOT: M2619

ID: 651910
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 175,00 DH
118001 141869

Dr NOUNA M'hamed
PEDIATRE
82, Av. Aba Chouaib
Ain Chifa 2 - Casablanca
Tel: 0522 85 10 58

ID: 651910
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 175,00 DH
118001 141869

ID: 652465
PPV: 42,20 DH
LOT: NE3D
PER: 01/2025

82, Avenue Aba Chouaib Doukkali - Ain Chifa
Tél.: 05 22 85 10 58