

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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° W21-826939

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	12326	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ZGUENDI KARIM
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0661719334		Total des frais engagés :	
Dhs			

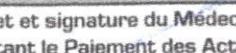
Autorisation CNDP N° : AA-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : ZGUENDI LYNE Age: 30			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Vaccin			
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.

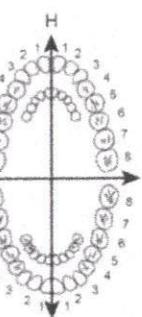
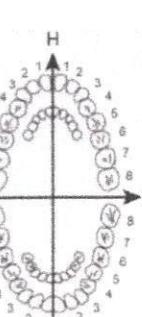
Fait à : Casablanca

Le : 06 DEC 2023

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
09 NOV 2023	S	5	250 DH	INP : <input type="text"/> 

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA GUERISON Imm. 137 route de la Gare Nassim Lissassa - Casablanca Tél: 0522 91 54 76	19 NOV 2023	547 dh

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.													
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (List of teeth numbers 1-8 for upper and lower arches)	Nature des Soins (List of treatment types: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)	Coefficient (10 empty lines for coefficient entries)	INP : <input type="text"/>									
				COEFFICIENT DES TRAVAUX		<input type="text"/>							
				MONTANTS DES SOINS		<input type="text"/>							
				DEBUT D'EXECUTION		<input type="text"/>							
				FIN D'EXECUTION		<input type="text"/>							
				COEFFICIENT DES TRAVAUX		<input type="text"/>							
				MONTANTS DES SOINS		<input type="text"/>							
				DATE DU DEVIS		<input type="text"/>							
				DATE DE L'EXECUTION		<input type="text"/>							
						<input type="text"/>							
O.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES 													
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553
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													



Spécialiste en pédiatrie

Gabinet de pédiatrie

- Allergies et asthme de l'enfant
- Lauréate de la faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca
- Diplômée en nutrition pédiatrique de Boston University School of Medicine, USA
- Diplômée en dermatologie pédiatrique de l'université de Nantes, France

PHARMACIE DE LA GUERISON

Imm. 137 n°1 Secteur C2 Hay

Nassim Lissasfa - Casablanca

Tél: 0522 91 54 76

حساسية الطفل والربو

خريجة كلية الطب

والصيدلة بالدار البيضاء

دبلوم في تغذية الأطفال من

كلية الطب بجامعة بوسنطون و

دبلوم في أمراض الجلد للأطفال

من جامعة نانت ، فرنسا

Casablanca le 09 NOV 2022 الدار البيضاء في

Z Guendi LYNE

325dl 1) infantia Hexa
(N=1)



252dl 2) Rotanid
(N=1)

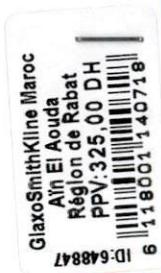


Dr. JAMAOUI Fayrouz
Pediatre

38, Centre Commercial LINA, Sidi Maârouf
Casablanca - Tel: 06.61.06.07.38

GlaxoSmithKline Maroc :
Ain Aouda,
région Rabat

liste) - Unique, n° sur ordonnance
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES



1 dose (1.5 ml)
1 dosis (1.5 ml)
1 tube
1 tubo

Rotarix

Rotavirus vaccine/ Vaccin contre le rotavirus

Oral suspension
Suspension buvable
Suspensión oral

gsk

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 252,00 DH
ID: 651054
6 118001 142361

usage pédiatrique/ Uso pediátrico
Oral/ Via oral
Ne pas injecter/ No se inyecte

