

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

- Reclamation : 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° W21-822068

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12326 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZGUENDI KARIM

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661719334 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09 OCT 2023

Nom et prénom du malade : ZGUENDI LYNE Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ 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 : Casa Le : 09 OCT 2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
0 OCT 2023	CS		250 dh	INP : 08124764

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA GUERISON Imm. 27 Secteur C2 Hay Nassim Lassaf - Casablanca Tél. 05 34 54 76	09 OCT 2023	1073 dh

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

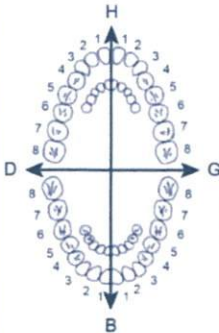
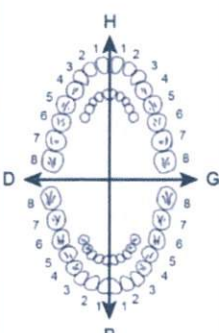
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	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"/>																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table> <tr><td colspan="2">H</td><td></td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2">B</td><td></td></tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			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"/>
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Spécialiste en pédiatrie

Gabinet de pédiatrie

أخصائية في طب الأطفال

- 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 بوسطن و
- دبلوم في أمراض الجلد للأطفال من جامعة نانت ، فرنسا

Casablanca, le 09 OCT 2023 في الدار البيضاء

Z Guendi LYNE

325dl 1) infanria Hexa 

(N=1)

496dl 2) synflona 

(N=1)

252dl 3) ROTAN 

(N=1)

1073dl



GlaxoSmithKline Maroc :
Ain Aouda,
région Rabat

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV:325,00 DH
ID:648847
6 118001 140718

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
Liste I - Uniquement sur ordonnance

1 dose (0,5 ml)
1 seringue préremplie + 1 aiguille
Voie intramusculaire

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV:496,00 DH
ID:651894
6 118001 142362

1 dose (1.5 ml)
1 dosis (1.5 ml)

1 tube
1 tubo

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

Rotarix

Rotavirus vaccine/ Vaccin contre le rotavirus
Vacuna contra rotavirus

Usage pédiatrique/ Uso pediátrico

Orale/ Via oral

/ Ne pas injecter/ No se inyecte

gsk
Oral suspension
Suspension buvable
Suspensión oral

