

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 canalaire, 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 canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12647	Société : RAN		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	EL COUARDI MHD
Nom & Prénom : EL COUARDI MHD		Date de naissance : 22/04/1985	
Adresse : 4 Rue 12 El Oulej		Tél. : 06 73 70 66 26 Total des frais engagés : 381,50 Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Docteur Kawtar ERBIB Médecin Spécialiste en Pédiatrie bd. Oued Derâa - Rue 52 N° 55 - 2^{me} Etage El Oulej Casablanca - Tél : 05 22 930 777			
Date de consultation : 16/01/2024			
Nom et prénom du malade : EL COUARDI A. Li. Age : 14 ans			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Plis des yeux			
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC Pathologie : JAN. 2024			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Sur la route			
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 : **25/01/2024**

Signature de l'adhérent(e) : **Hassan**

VOLET ADHERENT

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
16/01/24	g		250,00	Docteur Kawtar FERIB Médecin Spécialiste en Pédiatrie 100, Rue 52 N° 55 - 2 ^{me} Etage Tel : 05 22 930 77

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																																													
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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																																													
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	CoeffICIENT DES TRAVAUX																																								
					MONTANTS DES SOINS																																								
					DEBUT D'EXECUTION																																								
					FIN D'EXECUTION																																								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE					CŒFFICIENT DES TRAVAUX																																							
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </table>					H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D		B		00000000	35533411	00000000	11433553																								
	H		G																																										
	25533412	00000000	21433552	00000000																																									
	D		B																																										
	00000000	35533411	00000000	11433553																																									
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </table>					H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D		B		00000000	35533411	00000000	11433553	MONTANTS DES SOINS																							
	H		G																																										
	25533412	00000000	21433552	00000000																																									
	D		B																																										
00000000	35533411	00000000	11433553																																										
<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction]</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">Montant des Honoraires</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>					[Création, remont, adjonction]		Montant des Honoraires		Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																				DATE DU DEVIS
[Création, remont, adjonction]		Montant des Honoraires																																											
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																													
					DATE DE L'EXECUTION																																								
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																																													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																																													

Dr Kawtar ERBIB

Spécialiste des maladies
de l'enfant et du nourrisson

Diplômée de la faculté de médecine
de Casablanca

Ancien médecin résidente à l'Hôpital
d'enfants à Casablanca



د. كوثار اريب

اختصاصية في أمراض
الطفل والرضيع

خريجة كلية الطب بالبيضاء
طبيبة مقيمة سابقاً بمستشفى

الأطفال بالدار البيضاء

ORDONNANCE

Casablanca, le: 16/01/24
Nom: El Wardi Afi

Age: 4 mois 1/2
Poids: 77 kg 800

12/01

1- Dolipronil 300 mg 4 fois



17/01

1 fois x 4 fois



2- Antigripal 31g x 15 jours



79,00

3- Hivellnex sirop

1 cuill x 21j soit 5 jours



22/01

4- Pedifyl sirop

1 cuill x 21j soit 5 jours

79,00

شارع واد دوامة، رقم 52، الطابق الثاني - الألفة - الدار البيضاء

Bd, Oued Derâa, Rue 52, N° 55, 2^{ème} Etage - Oulfa - Casablanca

Tél. : 0522 930 777 - Gsm : 0634 375 951

Dr Kawtar ERBIB
Spécialiste en Pédiatrie
Bd, Oued Derâa - Rue 52 N° 55 - 2^{ème} Etage
Casablanca - Tel: 0522 930 777

in buvable
150 ml

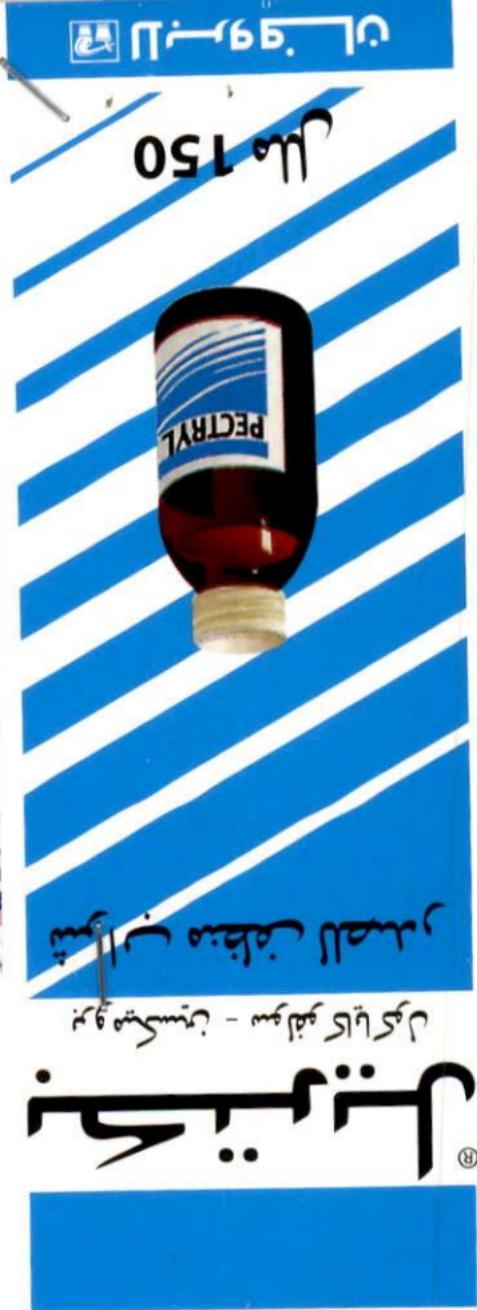
RS - Fièvre - Inflammation



LOT: 4281
PER : 05 - 26
P.P.V: 17 DH 00



60x56x132



PPV 22DH70 EXP 05/2026
LOT 34028 4

PECTRYL®
SIROP EXPECTORANT
EXPECTORANT SYRUP
150 ml

Doliprane®

300 mg

10 Suppositoires



15 à 24 kg

DOULEURS & FIEVRE

PPV 12040
PER 10726
LOT 13721

HIVERNEX®

Défenses - Immunité
Troubles hivernaux

Échinacée, Cassis, Plantain,
I-Fluid Reine des Prés, Gelée Royale

Zinc, Vitamine C

SIROP
Sans Sucre
Sans Alcool

LOT 107208/FC5

PER 09/2025

PPC 79.00



Arôme Caramel
Flacon 150 ml

Sirop avec édulcorant

إيفرنيكس

الحليف الطبيعي
ضد الأعراض الشتوية

شراب
بنكهة الكراميل