

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 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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : 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

W21-849309

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 130 7 7 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SERGHINI MOHAMED KARIM
Date de naissance : 15/02/1998
Adresse : 185 GHA13 APPT 7 ALFIRDOUS Casablanca
Tél. : 067 568 43 38 Total des frais engagés : 1048 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/04/2024
Nom et prénom du malade : Karim Serghini Age : 26

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

Nature de la maladie : Vaccin

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : 22 AVR. 2024

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 : 22/04/2024

Signature de l'adhérent(e) :

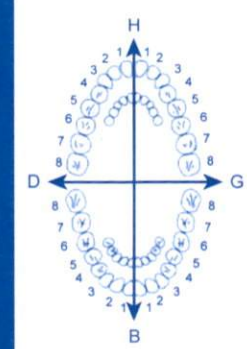
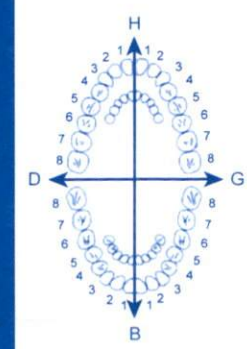
VOLET ADHERENT

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
03.01.21			30000	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/04/21	74900

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

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

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	Montant des Honoraires	CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION
					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 B </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>				CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Montant des Honoraires
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Gouchi Hakima

Médecin Spécialiste en
Pédiatrie
et Néonatalogie



الدكتورة غوشي حكيمه
طبيبة اختصاصية في
طب الأطفال
والرضع

Rabat le 03-04-2021

Serghini Lelya

252.00

1) Aotati

496.00

2) Synflos

448.00

Dr. GOUCHI Hakima
PEDIATRE

INPE : 101216612

Appt. N°1, Rés. 34 Rue Al Adarissa,
Hassan-Rabat - Tél. : 05 37 20 20 04

PHARMACIE CHIFAA

Mr. GALZEM MOHAMMED

18, Lot. Zohour Route de

Mehdi SALE

Tél : 84-35-89

Adresse : Appt n°1 Rés 34 Rue Al Adarissa Hassan - Rabat

العنوان : شقة رقم 1 عمارة 34 زنقة الأدارسة حسان - الرباط

Gsm : 06 77 89 66 76 - Fix/Fax : 05 37 20 20 04

Lot/ EXP:

ASPNB352AB

10-2025

Synflorix

Suspension injectable en seringue préremplie
Vaccin pneumococcique polysidique conjugué (adsorbé)

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

Voie intramusculaire



GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 496, 00 DH
118001 142392
ID: 651894
6

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

1 tube
1 tubo



Rotarix

Oral suspension
Suspension buvable
Suspensión oral

Rotavirus vaccine/ Vaccin contre le rotavirus

rotavirus

Usage pédiatrique/ Uso pediátrico

Orale/ Via oral

Ne pas injecter/ No se inyecte

ID: 651054

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

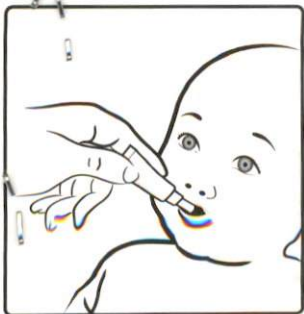
Région de Rabat

PPV: 252, 00 DH



118001 142361





FOR ORAL USE ONLY
POUR ADMINISTRATION ORALE
UNIQUEMENT
SOLO PARA USO ORAL

Refer to leaflet for complete instructions
on use and handling.

Consulter la notice pour le mode d'emploi
et de manipulation complet.

Siga completamente las instrucciones de uso
y manejo referidas en el instructivo anexo.