

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

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



Déclaration de Maladie

W21-838264

204599

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13187 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENBRAHIM Mehdi
 Date de naissance : 19/02/1992
 Adresse : Résidence les Crâtes de Californie
 Aïn chock
 Tél. : 0663480616 Total des frais engagés : 877 Dhs

Cadre réservé au Médecin

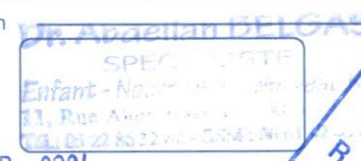
Cachet du médecin :
 Date de consultation : 15 AVR 2024
 Nom et prénom du malade : Benbrahim Mehdi Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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.

Le : 20/04/2024

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
15 AVR 2024		5	300,-	Dr. Abdellah EL Enfant - 1 Tél. 01 20 20 20 20 Tél. 01 20 20 20 20

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
MESFIOUI MOUNIA 73, Bd. Victor Hugo Casablanca	15.04.24	577,00
Tél : 0522 44 93 38		

[illegible]

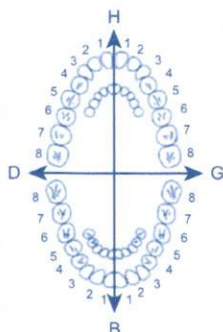
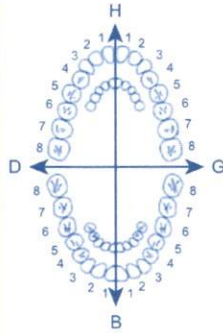
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	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				COEFFICIENT DES TRAVAUX																								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th colspan="2"></th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			B				00000000	00000000			35533411	11433553			<input type="text"/>
	H		G																										
	25533412	21433552																											
	00000000	00000000																											
	B																												
	00000000	00000000																											
	35533411	11433553																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>(Création, remont, adjonction)</th> <th>Montant des Honoraires</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td> <td></td> </tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>				(Création, remont, adjonction)	Montant des Honoraires	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				MONTANTS DES SOINS		
	(Création, remont, adjonction)	Montant des Honoraires																											
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																												
				<input type="text"/>																									
				DATE DU DEVIS																									
				<input type="text"/>																									
				DATE DE L'EXECUTION																									
				<input type="text"/>																									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdellah BELGAS

Pédiatre

Spécialiste des Maladies de l'Enfant,
Nourrisson et Nouveau-Né



الدكتور عبد الله بالكاس

طبيب الأطفال

إختصاصي في أمراض الطفل والرضيع

Casablanca, le

15.04.2024

الدار البيضاء, في

Nourrisson BENBRAHIM Taha

Age : 3 mois 1 jour

Poids : 6,70 Kg

- 1 ROTARIX susp buy en applic pré-rempli pour administration orale : Dose/1,5m

- 2 INFANRIX HEXA pdre/susp p susp inj en seringue préremplie : Fl+ser+2aiguill

Dr Abdellah BELGAS

PHARMACIE DES H
MESFIOUTI NOUR
73, Bd Victor Hugo
Casablanca
Tél : 0522 44 93 38

Infanrix

Poudre et suspension pour suspension
injectable en seringue préremplie

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants
Lire la notice avant utilisation
A conserver au réfrigérateur

Lactose anhydre
Chlorure de sodium
Milieu 199 contenant
principalement
des acides aminés, des
sels minéraux,
des vitamines
Eau pour préparations
injectables

GlaxoSmithKline Maroc :
Ain Aouda,
région Rabat

ID: 653467
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 325,00 DH
6 118001 140718

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
Liste I - Uniquement sur ordonnance

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

1 tube
1 tubo

gsk

Rotarix

Oral suspension
Suspension buvable
Suspensión oral

Rotavirus vaccine/ Vaccin contre le rotavirus

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

Rotavirus
Usage pédiatrique/ Uso pediátrico
Orale/ Via oral

Ne pas injecter/ No se inyecte

