

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 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 tous les 6 mois.

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.



Declaration de Maladie

N° W19-592956

50588

| | | | |
|---|--|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> A |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : <u>12925</u> | Société : | | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input checked="" type="checkbox"/> Autre : | <u>MADRIN SOUBAÏ ABDELMOUTAHT</u> |
| Nom & Prénom : <u>MADRIN SOUBAÏ ABDELMOUTAHT</u> | | | |
| Date de naissance : <u>24/07/1989</u> | | | |
| Adresse : <u>156, Bd La grande C8 A8 Casab</u> | | | |
| Tél. : <u>0650871509</u> Total des frais engagés : | | | |
| MUPRAS | | | |
| Cadre réservé au Médecin Cachet du médecin :  <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> <u>Dr. Mohamed LABAKI</u> <u>PÉdiatre</u> <u>34, Bd. Zerktouni - Casab</u> <u>Tel: 0522 27 47 37 - 06 08 29</u> </div> 19 DEC. 2020 <div style="float: right;">ACCUEIL</div> | | | |
| Date de consultation : <u>2/12/20</u> | | | |
| Nom et prénom du malade : <u>Madrin Soubai ghoul</u> Age : | | | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input checked="" type="checkbox"/> Enfan |
| Nature de la maladie : <u>fievre</u> <u>anorexie</u> | | | |
| 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'at: médecin conseil de la Mutuelle. | | | |
| J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles. | | | |
| Fait à : <u>Casa</u> | Le : <u>01/12/2020</u> | | |
| 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 2/12/20 | C2 | | 250,- | INP : 091101911983 Dr. Mohamed ZAKARI PEDIATRE 34, Bd. Zekkoumi - Casablanca Tel: 05 22 27 47 91 / 20 68 28 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|-----------|-----------------------|
| PHARMACIE DE L'HOPITAL SAIDI AL angle Bd Zekkoumi Et Rue D'agadir Casablanca | 2/12/2020 | 242.60 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIographies

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

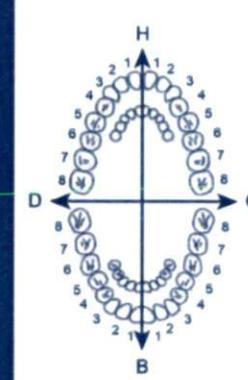
AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

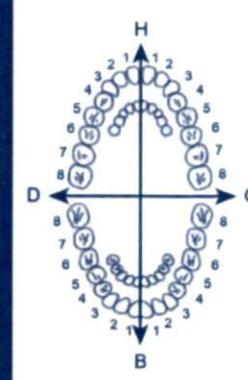
| | | | | | | | | | |
|-------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | |
| MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | |
| DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | |
| FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | |
| MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | |
| DATE DU DEVIS | | | | | | | | | |
| DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | |



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 00000000 | 35533411 |
| G | 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'EXE

Docteur Mohamed Laraki

Ancien enseignant au Centre
Hospitalier Universitaire
SPECIALISTE PEDIATRE
Allergologie Pédiatrique

34, Bd Zerkouni - Casablanca
Tél. : C : 05.22.27.47.91 / 05.22.20.08.28

Sur Rendez-vous

ID : 644410
GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 325,00 DH
6 118001 140718



الدكتور محمد العراقي
طبيب سابق بالمركز
الصحي الجامعي
اختصاصي في أمراض الأطفال
مرض الربو للأطفال

34, شارع الزرقطوني - الدار البيضاء
هاتف العيادة : 05.22.20.08.28 / 05.22.27.47.91
بالموعد

Casablanca, le 9.12.2023
الدار البيضاء، في

Mazir Sowai ghoul

13,00

Stenoxyl

35 H

8.60

PPN

ang

15 gr te

Doliprane 60

LOT : 192320
EXP : 10/2024
PPU : 13,00 DH

321.00

Infanix Hexa 17

696.00

Synflorix 17

Dr. Mohamed LARAKI
PEDIATRE
34, Bd Zerkouni - Casablanca
tél: 0522.27.47.91 / 20.08.28

Le Docteur assure les urgences à la Clinique : ATFAL

842.60

ID : 644416R2
GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 496,00 DH
6 118001 142392

Efical first
Tracot Tal
1 canapé son 15


Dr. Mohammed LARAKI
PEDIATRE
34, Bd. Zerktouni - Casablanca
Tél: 0522 27 47 91 / 20 08 28