

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 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 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.

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° W19-478489

lourru
nsl

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule :

7847

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ELME.GIER MOHAMMED

Date de naissance :

12-06-1969

Adresse :

LOT ALOROURA RUE 16 N°9 AN Chtak
CASABLANCA

Tél. : 06 73 74 89 83

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

15-01-2020

Nom et prénom du malade :

ELME.GIER AYoub Age: 10 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Compagnon

Enfant

Nature de la maladie :

TOUX - Mucosité



En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

06 MARS 2020

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 :

Le : 15/01/2020

Signature de l'adhérent(e) :

CG

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-478489

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 7847
Nom de l'adhérent(e) : ELME.GIER
Total des frais engagés : 200 + 185,20
Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
17/12/02	02	-	200,00	INP : 09.10783600HS  Dr. EL MACHTAANI PEDIATRE 287, Bd. Oued Eddane, Jamil 900 Dlement, Casablanca 2 5 2 6 7

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL OROBA Dr EL ALI MARYA 15, Rue El Aja Saïda Aïn GDOUK - Casablanca Tél: 0522.52.22.89	15/01/2020	185,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODDF.

عيادة طب الأطفال و الحساسية

Docteur

My Hassan EL MACHTANI IDRISI

Spécialiste des Maladies des Enfants
et des Nourrissons

Diplômé en Allergologie - Asthme
Diplômé de l'Université de Montpellier (France)

Ex. Pédiatre aux Hôpitaux de France
Ex. Pédiatre à l'Hôpital Militaire de Marrakech
Expert Assermenté auprès des Tribunaux

Sur Rendez-Vous

Casablanca, le 15.01.2020

الدكتور
مولاي حسان المصطفى الإدريسي
اختصاصي في طب الأطفال والرضع

دبلوم في الحساسية - المضيقة

سا
مراكش

PPV 65DH00

LOT 99026 1
EXP 11/2021



Enfant EL MEGDER Ayoub

65,00 x 2

1 LEVAMOX 500 MG SACHETS (2)

2 boites

1 sachet 3 fois par jour avant les repas. (2)

12,80

2 DOLIPRANE 300 MG SACHETS

Prendre 1 sachet 4 fois par jour.

24,40

3 PIVALONE SUSP NASAL

2 pulvérisations 3 fois par jour pdt 8 jours.

16,00

4 EUMOXOL SIROP PEDIATRIQUE

Prendre 1 càc 3 fois/j après les repas.

185,20

5 NURAX SOLUTION BUVABLE

Prendre 2 càc par jour.

PPV 65DH00

LOT 99026 1

EXP 11/2021 -



Poudre pour suspension buvable en sachet-dose
500 mg/62,5 mg 12 SACHETS

Sirop 0,3%

Flacon de 125 ml

Eumoxol®
Ambroxol

PHARMACIE
DE EL ALAI
15, Rue 14 Lot
Ain Chock - Casablanca
Tél: 0522 22 55 75

LOT:

PER:

PPV:

24,40

Dr. EL MACHTANI IDRISI
PÉDIATRE
287, Bd. Oued Eddahab, Jemaa 5
Cité Djemaa - Casablanca
Tél: 05 22 55 26 75

287، شارع وادي الذهب، جميلة 5 قرية الجماعة - البيضاء - الهاتف/الفاكس:

Jemaa Casablanca - Tél./Fax : 05 22 55 26 75 - G.S.M :