

## 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

Réclamation : contact@mupras.com  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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



27 234

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0011555

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12565 Société : RAM / PNT

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAACHOU BADR Date de naissance : 10/11/87

Adresse : 11 RTE TERKA RESORT CALIFORNIE INN SALAD, N°14 : CASABLANCA

Tél. : 0661103628 Total des frais engagés : 355,50 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ABAKKA Bouchra  
Pédiatre  
INPE : 091183798

Date de consultation : 27/02/2020

Nom et prénom du malade : Leiz Chachou Age :

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

Nature de la maladie : Pharyngite

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.

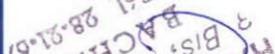
Fait à : CASABLANCA Le : 04/03/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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
27/02/20		C1	250,00	<b>Dr. ABAKKA Bouchra</b> <b>Pédiatre</b> <b>INPE : 091183798</b>

27/02/20	C1	250,00	<b>Dr. ABAKKA Bouchra</b> <b>Pédiatre</b> <b>INPE : 091183798</b>

Dr. ABAKKA Bouchra  
Pédiatre  
INPE : 091183798

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/02/20	105,50

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
---	------	-----------------------

27/02/20

105.50

value ~~PPV~~

[illegible]

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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

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

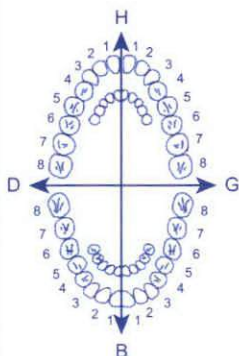
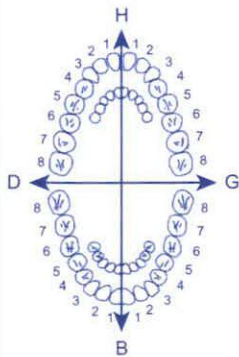
Montant détaillé  
des Honoraires

# 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'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <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

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'EC**

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
-------------------	---------------------	-------------

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE		CCEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS														
	<input type="text"/>		DATE DU DEVIS														
<input type="text"/>																	
<input type="text"/>																	
<input type="text"/>																	
<input type="text"/>		DATE DE L'EXECUTION															
<input type="text"/>																	
<input type="text"/>																	

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COUPRAN 2P.CENT  
solution pour pulvérisation nasale



COQUELUSOL PARACETAMOL 100  
12 SUPPOSITOIRES NOURRISSONS  
Non retournable



6 118000 020349



6 118000 180463

AM  
lia

Endocrinologie  
et Diabète

Service de Pédiatrie  
Enfant - Adolescents

Nutrition infantile  
Allergologie et Asthme de l'enfant

membre de la société marocaine d'endocrinologie  
et diabétologie pédiatrique (SMEDIAP)



الكلية الطبية  
الكلية الطبية

طبيبة أطفال

طبيبة داخلية سابقا بالمركز الاستشفائي  
الجامعي ابن رشد

الطبيبة الولادة، الرضع  
والأطفال و المراهقين

تجربة الأطفال  
الخصاسية، الربو (الضيق)

عضوة في الجمعية المغربية لأمراض العبد و السكري عند الطفل

Casablanca le : 27/02/2020 في الدار البيضاء

Leila Chachou.

177  
1) Copreluscol par 100

1 suppo x 2 / j 30

1630  
2) Soufrane Boulté

1 pte x 2 / j

HARMACIE TADDART  
2 Bis, Route Taddart  
BACHKOU  
Tel 28-21-67

Dr. ABAKKA Bouchra  
Pédiatre  
INPE : 091183798

Angle Yacoub El Mansour - Rue Ishraq Ibn Hanin - étage 3 Appt 8 Maarif Casablanca Tel : 0522988525 - 0666352418  
0666352418 - Tél : 0522988525 - الحضور : 0522988525 - الممارضة : الدار البيضاء الهاتف : 0522988525

E-mail : cabpedabakkabouchra@gmail.com / INPE 091183798

3) Oscillo coccinum - dose

7150 1 dose x 30

30

2550

INPE: 091783798

Pédiatre

Dr. ABRAKA Boudina

PHARMACIE TADDAH  
3 Bis, Route Taddart  
BACHKOU  
Tel. 28-21-67