

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.

N° W19-463791

56200

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (p)

Matricule : 6735 Société :

Actif Pensionné(e) Autre : Jed

Nom & Prénom : JA'IR

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/10/2021

Nom et prénom du malade : JA'IR 20601P Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : ANGINA

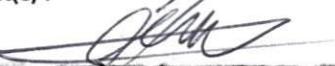
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 18/10/2021 CASA, Le : 18/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :





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
13/01/01	CS		20000	INP : 09111911911 Docteur Kawtar Médecin Spécialiste en Pédiatrie 2ème Rue 52 N 55 05 22330

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/01/2021	102.20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

BELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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 <input type="text"/>
	H	G	B	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	2 1 2 3 4	5 6 7 8	9 10 11 12	DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	3 4 5 6	7 8 9 10	11 12 13 14	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	4 5 6 7	8 9 10 11	12 13 14 15	
	5 6 7 8	9 10 11 12	13 14 15 16	
	6 7 8 9	10 11 12 13	14 15 16 17	
	7 8 9 10	11 12 13 14	15 16 17 18	
	8 9 10 11	12 13 14 15	16 17 18 19	
	9 10 11 12	13 14 15 16	17 18 19 20	
	10 11 12 13	14 15 16 17	18 19 20 21	
	11 12 13 14	15 16 17 18	19 20 21 22	
	12 13 14 15	16 17 18 19	20 21 22 23	
	13 14 15 16	17 18 19 20	21 22 23 24	
	14 15 16 17	18 19 20 21	22 23 24 25	
	15 16 17 18	19 20 21 22	23 24 25 26	
	16 17 18 19	20 21 22 23	24 25 26 27	
	17 18 19 20	21 22 23 24	25 26 27 28	
	18 19 20 21	22 23 24 25	26 27 28 29	
	19 20 21 22	23 24 25 26	27 28 29 30	
	20 21 22 23	24 25 26 27	28 29 30 31	
	21 22 23 24	25 26 27 28	29 30 31 32	
	22 23 24 25	26 27 28 29	30 31 32 33	
	23 24 25 26	27 28 29 30	31 32 33 34	
	24 25 26 27	28 29 30 31	32 33 34 35	
	25 26 27 28	29 30 31 32	33 34 35 36	
	26 27 28 29	30 31 32 33	34 35 36 37	
	27 28 29 30	31 32 33 34	35 36 37 38	
	28 29 30 31	32 33 34 35	36 37 38 39	
	29 30 31 32	33 34 35 36	37 38 39 40	
	30 31 32 33	34 35 36 37	38 39 40 41	
	31 32 33 34	35 36 37 38	39 40 41 42	
	32 33 34 35	36 37 38 39	40 41 42 43	
	33 34 35 36	37 38 39 40	41 42 43 44	
	34 35 36 37	38 39 40 41	42 43 44 45	
	35 36 37 38	39 40 41 42	43 44 45 46	
	36 37 38 39	40 41 42 43	44 45 46 47	
	37 38 39 40	41 42 43 44	45 46 47 48	
	38 39 40 41	42 43 44 45	46 47 48 49	
	39 40 41 42	43 44 45 46	47 48 49 50	
	40 41 42 43	44 45 46 47	48 49 50 51	
	41 42 43 44	45 46 47 48	49 50 51 52	
	42 43 44 45	46 47 48 49	50 51 52 53	
	43 44 45 46	47 48 49 50	51 52 53 54	
	44 45 46 47	48 49 50 51	52 53 54 55	
	45 46 47 48	49 50 51 52	53 54 55 56	
	46 47 48 49	50 51 52 53	54 55 56 57	
	47 48 49 50	51 52 53 54	55 56 57 58	
	48 49 50 51	52 53 54 55	56 57 58 59	
	49 50 51 52	53 54 55 56	57 58 59 60	
	50 51 52 53	54 55 56 57	58 59 60 61	
	51 52 53 54	55 56 57 58	59 60 61 62	
	52 53 54 55	56 57 58 59	60 61 62 63	
	53 54 55 56	57 58 59 60	61 62 63 64	
	54 55 56 57	58 59 60 61	62 63 64 65	
	55 56 57 58	59 60 61 62	63 64 65 66	
	56 57 58 59	60 61 62 63	64 65 66 67	
	57 58 59 60	61 62 63 64	65 66 67 68	
	58 59 60 61	62 63 64 65	66 67 68 69	
	59 60 61 62	63 64 65 66	67 68 69 70	
	60 61 62 63	64 65 66 67	68 69 70 71	
	61 62 63 64	65 66 67 68	69 70 71 72	
	62 63 64 65	66 67 68 69	70 71 72 73	
	63 64 65 66	67 68 69 70	71 72 73 74	
	64 65 66 67	68 69 70 71	72 73 74 75	
	65 66 67 68	69 70 71 72	73 74 75 76	
	66 67 68 69	70 71 72 73	74 75 76 77	
	67 68 69 70	71 72 73 74	75 76 77 78	
	68 69 70 71	72 73 74 75	76 77 78 79	
	69 70 71 72	73 74 75 76	77 78 79 80	
	70 71 72 73	74 75 76 77	78 79 80 81	
	71 72 73 74	75 76 77 78	79 80 81 82	
	72 73 74 75	76 77 78 79	80 81 82 83	
	73 74 75 76	77 78 79 80	81 82 83 84	
	74 75 76 77	78 79 80 81	82 83 84 85	
	75 76 77 78	79 80 81 82	83 84 85 86	
	76 77 78 79	80 81 82 83	84 85 86 87	
	77 78 79 80	81 82 83 84	85 86 87 88	
	78 79 80 81	82 83 84 85	86 87 88 89	
	79 80 81 82	83 84 85 86	87 88 89 90	
	80 81 82 83	84 85 86 87	88 89 90 91	
	81 82 83 84	85 86 87 88	89 90 91 92	
	82 83 84 85	86 87 88 89	90 91 92 93	
	83 84 85 86	87 88 89 90	91 92 93 94	
	84 85 86 87	88 89 90 91	92 93 94 95	
	85 86 87 88	89 90 91 92	93 94 95 96	
	86 87 88 89	90 91 92 93	94 95 96 97	
	87 88 89 90	91 92 93 94	95 96 97 98	
	88 89 90 91	92 93 94 95	96 97 98 99	
	89 90 91 92	93 94 95 96	97 98 99 100	
	90 91 92 93	94 95 96 97		
	91 92 93 94	95 96 97 98		
	92 93 94 95	96 97 98 99		
	93 94 95 96	97 98 99 100		
	94 95 96 97			
	95 96 97 98			
	96 97 98 99			
	97 98 99 100			

Dr. Kawtar ERBIB

Spécialiste des maladies
de l'enfant et du nourrisson

Diplômée de la faculté de médecine
de Casablanca

Ancien médecin résidente à l'Hôpital
d'enfants à Casablanca



د. كوثر اربيب

اختصاصية في أمراض
الطفل والرضيع

خريجة كلية الطب بالبيضاء

طبيبة مقيمة سابقاً بمستشفى
الأطفال بالدار البيضاء

ORDONNANCE

Casablanca, le: 18/01/21
Nom: JAWIR ZAKARIA

Age :
Poids :

13 mois 1/2
40 kg

15,80

11 - Dolipore 500 mg effervescent

1 cp x 31 j

17,00

21 - Nurofen 100mg cp

PPV:	17,00
LOT:	
PER:	

55,00

1 cp x 31 j



31 -

Amoxil 1000mg dispersible

PPV:	55,00 DH
LOT:	644423
PER:	01/22

1 cp x 2 p'tit 6 jours

16

شارع واد درعة، زنقة 55 الطابق الثاني - الألفة - الدار البيضاء
Bd, Oued Derâa, Rue 52, N° 55, 2^{ème} Etage - Oulfa - Casablanca
Tél. : 0522 930 777 - Urgence : 0634 375 951

$41^{\circ} - 2 \text{mm} \cdot \text{op}$



$\pm 4 \times 219$ ~~alt 800m~~

$10^2 \cdot 2$

y

Médecin Spécialiste en Pédiatrie
Bd. Oued Deraa - Rue 52 N° 55 - 2^{me}
Oulfa-Casablanca - Tel: 05 22 930

Pharmacie de la Goura
D. Beldi, Chirurgien Dentiste, Goura
320, Tel: 05 22 63 26 29

W/40

