

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

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° W21-612310

62952

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricole : 13038		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : SFART		<input type="checkbox"/> Autre : Saadeddine	
Date de naissance : 16/04/1992			
Adresse : B 35, Avenue Plagya , Bd Amal , Casablanca			
Tél. : 0668 07 0381		Total des frais engagés : 1032,00 Dhs	

Autorisation CNPD N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
<i>Dr SERRAJ ANDALOUSSI HASSINE Pediatre - Neonatalogue 122, Av. 2 Mars - CASA 022 86 73 72</i>			
Date de consultation : 11/2/2021			
Nom et prénom du malade : Rébié SFART			
Age: 1jans			
<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Lien de parenté : Sœur de Jésus			
Nature de la maladie : 			
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 : **10 MARS 2021**
Signature de l'adhérent(e) : **SFART**

VOLET ADHERENT	ACCUEIL	
Déclaration de maladie		
N° W21-612310		
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 : _____		
Nom de l'adhérent(e) : _____		
Total des frais engagés : _____		
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
11.2.21	V2		4000	INP :  Dr. BERNARD ANDREOLI - CASA Pediatre Neuropédiatre 2 MA 72-72

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
FAX 01497157581	14/02/2021	12,16 €
TEL 0149757470	14/02/2021	12,16 €
PA 190 94542 AEROGARDE	14/02/2021	389,10 €

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
	$\begin{array}{r rr} H & 25533412 & 21433552 \\ \hline D & 0000000 & 0000000 \\ & 0000000 & 0000000 \\ & 35533411 & 11433553 \\ \hline B & & \end{array}$ <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Bébé SFARI

11/2/21

1) Soins d'ombilic :

Dermasept spray : 1 Pulv x 2 / J

Eosine spray : 1 Pulv x 2 / J

2) Compresses Steriles

3) Tobrex collyre :

26,40 1 gtté x 3 / j → 7 Jours.

4) Konakion : si disponible

1 amp / Sem → 4 Semaines.

5) Vaccin le 10ème jour

6) D3 NORM

7) Lait

70,-

289,80

PHARMACIE IBN TOFAÏL
SÉTIF K. EP. MOUSSEGUOI
61, Bd Attâlal - 022.86.34.68
Téléphone : 022.86.34.68

DR. SERRAJ
Pédiatre - Néonatalogue
Spécialiste de l'adolescence
06 61 33 31 75



Ce paquet contient une ampoule de 1ml de l'injection de chlorure de sodium pour la reconstitution.

INSTITUT PASTEUR DU MAROC -
1 Place Louis Pasteur 20360, Casablanca, Maroc
AMM N° 638/15 DMP/21/NCF PPV : 61.20 DH
"TENIR HORS DE LA PORTÉE ET DE LA VUE DES ENFANTS"

NOM DE FABR.: 10

DILUANT

LOT: 0379G227 070054002
EXP.: MAR.2022 DEC.2023

Lot:
A consommer
avant le:
PPC: 79.50 DH

11/2023
200683



PHARMACIE ORLY 4
AZOULAY-IBGHEI Caroline
ORLY SUD 190
91550 ORLY AEROPORT
France

Siren 438647448
TVA intra FR04438647448
Code NAF 4773Z
Tel 01.49.75.74.70
E-mail pharmacieorly4@gmail.com
Finess 91 2 01382 8

Ticket no 60107
1 VD1
Le 14/02/2021 15:02:32 Caisse 01

Code Produit	Qté x Prix TTC	Mt TTC
VIT K1 2MG/0,2ML CHEPLA NOUR AMP 1 3400930122303	2 x 6,08	12,16
Total TTC en EUROS :		12,16

Nombre d'articles : 2
Dont honoraires de dispensation : 2,04

Mt HT	Taux	Mt TVA	Mt TTC
11,91	2,10	0,25	12,16

Règlement en ESPECES :	25,00
Rendu monnaie :	12,84

PHARMACIE ORLY 4
AZOULAY-IBGHEI Caroline
ORLY SUD 190
91550 ORLY AEROPORT
France

Siren 438647448
TVA intra FR04438647448
Code NAF 4773Z
Tel 01.49.75.74.70
E-mail pharmacieorly4@gmail.com
Finess 91 2 01382 8

Ticket no 60114
1 VD1
Le 14/02/2021 15:46:53 Caisse 01

Code Produit	Qté x Prix TTC	Mt TTC
VIT K1 2MG/0,2ML CHEPLA NOUR AMP 1 3400930122303	2 x 6,08	12,16
Total TTC en EUROS :		12,16

Nombre d'articles : 2
Dont honoraires de dispensation : 2,04

Mt HT	Taux TVA	Mt TTC
11,91	2,10	0,25
		12,16

Règlement en ESPECES : 12,50
Rendu monnaie : 0,34