

## 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° W19-592982

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Matricule : **12327**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**MDAGHRI FILALI NOUNIR**

Date de naissance :

**02/08/1985**

Adresse :

**Res ACFIR DAOUIS GHOS A 44 APPT 77  
OULEA CASA**

Tél. :

**0662087777** Total des frais engagés : **1473,80 Dhs**

### Cadre réservé au Médecin



Date de consultation :

**08/03/2021**

Nom et prénom du malade :

**MDAGHRI FILALI Myriam**

Lien de parenté :

Lui-même  Père  Mère  Frère  Soeur  Enfant

Nature de la maladie :

**By ophtalmo**

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**

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **05/03/2021**

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-592982

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).



#### **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
08/03/2021 2021	CS		200,00 DHS	Dr. KHAYRAT Myriam INP : 564144444 Centre Bouskoura, Appt. N°4, 1er Etage Téléphone : 06522017828 Date : 14/05/22
15/03/2021 2021	CS	Contrôle		Dr. KHAYRAT Myriam Pédiatre Date : 14/05/22 N° 12. Etape

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>M&amp;M PHARMACIE DES PRES</b> 15-17 Dar Bouazza 8052	07/07/2021	<b>M&amp;M PHARMACIE DES PRES</b> Montant de la Facture : 1227 E. 1223 Perc. Effacement : 10% - 122.70 Tél : 03 80 75 61  122.70

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### **VOLET ADHERENT**

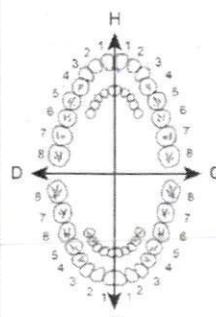
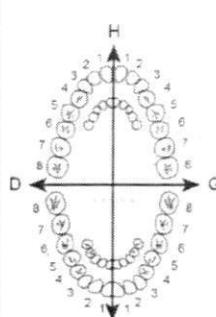
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## **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.

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	H 	G	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>B</td><td>B</td></tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B	B	DATE DU DEVIS <input type="text"/>
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
<hr/>																			
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
<hr/>																			
B	B																		
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

Dr KHAYRAT Myriam

Pédiatre

Spécialiste des maladies  
des enfants et des Nourrissons

الدكتورة خيرات مريم

طبيبة أطفال  
أخصائية في أمراض  
الأطفال والرضع

Sur Rendez-vous | du lundi au Vendredi 9:00 - 16:00  
samedi 9:00 - 13:00

Bouskoura, le

08/03/2021

M&M PHARMA  
PHARMACIE DES PRÈS  
Parc Eurogate  
Tel : 05 22 89 75 61

40.00

MDAOUKI Elka J. Rayan

1). Bimyox spray 100 ml x 3 j.



11.70

5 j apés rpas

2). Deliprone mgs 20mg



45.80

100g x 1l si > 38°

3). Ventolin spray

GSKSmithKline  
Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat



126.90 + 2

35ml/jus x 4 j.

4). Eliastide Nasal spray

125mg spray



251.00 + 3

15ml x 2t

3 mls

5). Singulair 4 mg

ml/jour



Centre Bouskoura - Résidence Rachidi - 1<sup>er</sup> étage - (en face de la Gendarmerie Royal) - Bouskoura

Téléphone : 06 22 01 28 28 E-mail : myriam@gmail.com

الرue 11 جانvier - Avenue de la Résidence - رقم 4 - بحصة العاشرة - ( أمام الدار الملاكي ) - بوسكورة

g. Rhinolaya protect  
89.90 + 2  
Mawaya + 4  
AS 3 min

RHINOLAYA PROTECT  
Spray Nasal 50ml  
Uit av : Jan / 2022 | PPC : 89,90 DH  
Lot : 90322 MEDIPRO PHARMA

RHINOLAYA PROTECT  
Spray Nasal 50ml  
Uit av : Jan / 2022 | PPC : 89,90 DH  
Lot : 90322 MEDIPRO PHARMA



~~PHARMACIE DES PRÉS~~  
~~Parc Erriadh Ghar El Mel 22 89 75 61~~





# SINGULAIR®

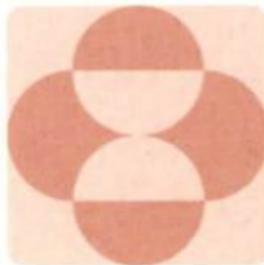
4 mg

granulés

## Montelukast

Pour les enfants de 6 mois à 5 ans

28 sachets.



Un sachet de granulés contient 4 mg de montelukast sous forme de montelukast sodique.  
Voie orale.

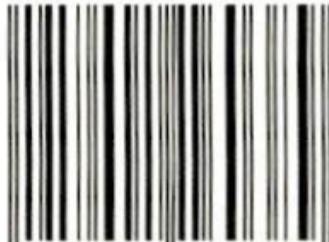
Lire la notice avant utilisation.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

A conserver à une température dépassant pas 25°C.

A conserver dans l'emballage extérieur d'origine, à l'abri de la lumière et de l'humidité.

Distribué par MSD Maroc  
P.P.V : 251,00 DH



6 118001 160389 >



# SINGULAIR®

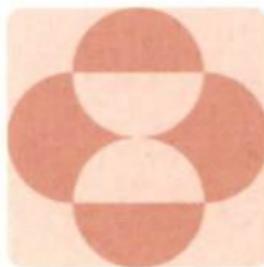
4 mg

granulés

## Montelukast

Pour les enfants de 6 mois à 5 ans

28 sachets.



Un sachet de granulés contient 4 mg de montelukast sous forme de montelukast sodique.  
Voie orale.

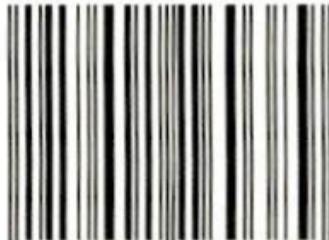
Lire la notice avant utilisation.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

A conserver à une température dépassant pas 25°C.

A conserver dans l'emballage extérieur d'origine, à l'abri de la lumière et de l'humidité.

Distribué par MSD Maroc  
P.P.V : 251,00 DH



6 118001 160389 >



# SINGULAIR®

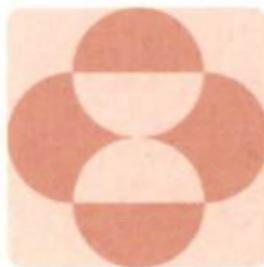
4 mg

granulés

## Montelukast

Pour les enfants de 6 mois à 5 ans

28 sachets.



Un sachet de granulés contient 4 mg de montelukast sous forme de montelukast sodique.  
Voie orale.

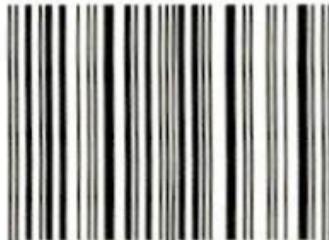
Lire la notice avant utilisation.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

A conserver à une température dépassant pas 25°C.

A conserver dans l'emballage extérieur d'origine, à l'abri de la lumière et de l'humidité.

Distribué par MSD Maroc  
P.P.V : 251,00 DH



6 118001 160389 >