

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.

N° W19-480687

7934h

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12948

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HOUACHITI

Zineb

Date de naissance :

31/03/84

Adresse :

Residence Ambar 1 - Apt 033 - Quartier Afmaz
Casablanca

Tél. : 0661191727

Total des frais engagés : 570,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Fatma SOU
Professeur de Pédiatrie
Espace Maârif Angle Brahim Rouchdi et
Abou Ismaïl Al Maouati - Casablanca
TEL : 05 22 99 00 99

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

AIDANI Yasmine

Age : 5 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

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 : 21 JUIN 2021

Signature de l'adhérent(e) :



21 JUIN 2021

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
21 JUIN 2021	CS	1	2000 dh	INP : 0915222222

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

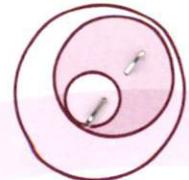
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement 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																			
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000 00000000		35533411 11433553		B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
D																				
00000000 00000000																				
35533411 11433553																				
B																				
G																				
	[Création, remont, adjonction] 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 REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Cabinet
de Pédiatrie

الأستاذة رشيدة شامي و الأستاذة فاطنة سهيل

Professeur Fatna Souhail & Professeur Rachida Chami

Professeurs de l'Enseignement Supérieur de Pédiatrie
Faculté de Médecine de Casablanca

Pédiatrie Générale, néonatalogie, Pneumologie, Asthme
Exploration et prise en charge des allergies de l'enfant

Ait Dani Yassine

11.30

11 Vogaltrie susp 1/2 susp 1/2

67,00

Ultra-lune

bedu

1 s x 2 fin

60,00

31

En tésgemina

34,40

41

Dispamil

1 cp x 2 fin

x 06

08,00

11

Pidiakid App

4 m x 2 fin

1/2 x 01m

340, Résidence Maârif, Angle Bd. Brahim Roudani et Rue Abou Ishak Al Marouni,
Tél.: 05 22 99 63 63 / 06 76 99 71 70 - Fax : 05 22 25 38 09 - Mobile : 06 61 439 659

Casablanca, le

21 JUIN 2021

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Enterofermina, susp b 10 fl
P.P.V : 60,00 DH
6118001 081653

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Enterofermina, susp b 10 fl
P.P.V : 60,00 DH
6118001 081653

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Enterofermina, susp b 10 fl
P.P.V : 60,00 DH
6118001 081653

LOT : 210278
PER : 02~2024
PPV : 11,30DH

LOT 200516
EXP 05/2023
PPV 34.40DH

Lot: 6237 Fab: 11/20 EXP: 11/23
S1000DEK KIRDC PPV 67.00 DH مراجعة نهاية

GTIN: 03582910075455 Lot/Batch: 01082
SN: 12430WKHFM1VH Fab/Mfg: 05 / 2020
EXP.: 04 / 2022

GTIN: 03582910075455 Lot/Batch: 11023
SN: 12391A10D407A5 Fab/Mfg: 01/2021
EXP.: 12/2022

GTIN: 03582910075455 Lot/Batch: 11023
SN: 12391A10D47VAT Fab/Mfg: 01/2021
EXP.: 12/2022

