

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.



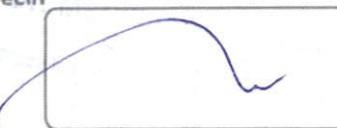
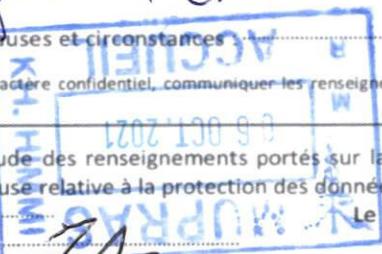
Déclaration de Maladie

N° W21-646850

87104

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12200	Société : ROM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Louza S. LADID			
Date de naissance : 03.12.79			
Adresse :			
Tél. : 0661253642 Total des frais engagés : # 123 #			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin : 		
Date de consultation : 05.10.2014	Nom et prénom du malade : Louza S. LADID Age: 30.7	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : Affection ORL		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : A		
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 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.		
Fait à : Settat	Le : 06.10.2014	
Signature de 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
05-12-2021	CH	200DH		INP : 061220241

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL Basmala Lot N°1500 Mojamaa El Kheir Settat - Tél : 05.23.40.45.81	05/11/21	223,14

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr. Maryam BOUSROUR

Pédiatre

- Diplômée de la Faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca
- Ancienne résidente au CHU Ibn Rochd Casablanca



الدكتورة مريم بسرور
اختصاصية في أمراض الأطفال والرضع
حاصلة على دبلوم في طب الأطفال
من كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
طبيبة مقيمة سابقاً بمستشفى
ابن رشد الدار البيضاء

PPV 110H70
PER 10/23
LOT J2632

Settat, le: 05 - 10.2021

louza Siraj

$$66,10 \times 2 = 132,20$$

1) Zanox enfant suspension SV
2 sach (13) x 31g 08 Jus

2) Déliprane 200mg suspension SV
2 sach/6h 02 Jus

3) Apiaxol sirup enfant SV
1 sach x 2 10 Jus
223,40 = Pharmacie AL Basmala
Lot N°1500 Mojamaa El Kheir
Settat - Tél: 05.23.40.45.81

ساحة الحرية رقم 29 الطابق الأول شقة رقم 1 حي الملاح (أمام بريد المغرب) سطات

Place la liberté N°29, 1er étage Appt.N°1 Quartier Mellah (en face de BARID ALMAGHRIB) - Settat

Tél.: 05 23 40 36 09 / e-mail: maryam.bousrour@gmail.com

ZAMOX

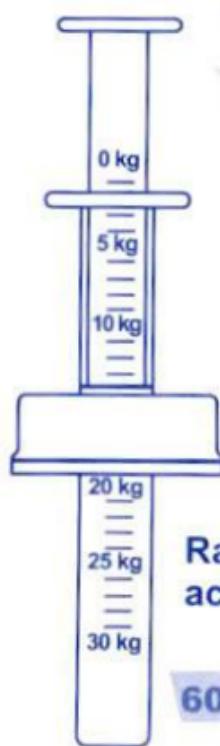
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

100 mg / 12,5 mg par ml

enfant

Poudre pour suspension buvable en flacon

Voie orale



Rapport amoxicilline-
acide clavulanique : 8/1

60 ml = 224 doses-graduation
(1 dose = 1 kg)

Agiter la suspension reconstituée avant emploi

66,10

ZAMOX

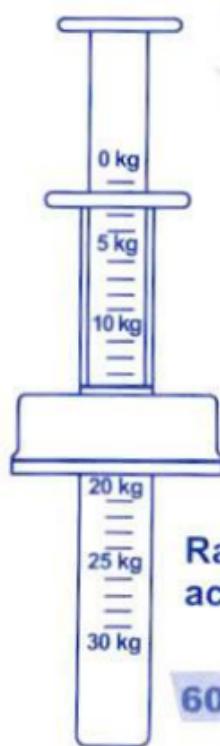
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

100 mg / 12,5 mg par ml

enfant

Poudre pour suspension buvable en flacon

Voie orale



Rapport amoxicilline-
acide clavulanique : 8/1

60 ml = 224 doses-graduation
(1 dose = 1 kg)

Agiter la suspension reconstituée avant emploi

66,10

أَبْكَسْوَول®

للاصغار

محلول للشرب

مستخلصات
صمغ النحل والإيكيناسيا

هدى القصبات الهوائية
• يرطب الحنجرة

بنكهة الفراولة



200 ml e

Pharmalife
RESEARCH

C: 79,50 DH

07/2024

ant le:

210453

onsomer

8 032570 479263

