

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 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.

MUPRAS : Centre Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W21-636242

96196

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9941 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : DANOUNE RACHID
 Date de naissance : 30/03/1962
 Adresse : 7 Rue AIN EL ATI, Apt 6, RACINE CASABLANCA
 Tél. : 0661720153 Total des frais engagés : 2495,4 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/9/21
 Nom et prénom du malade : Danoun Rachid Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Douleur + Brûlure destructrice
 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 : 15/12/2021

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ 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
23/09/11	9		258,00	INP : 09/11/2011 Dr. Khadja RDC Tél 05 23 28 n.2 434051 06 3 71 75 11

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/09/11	1245,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

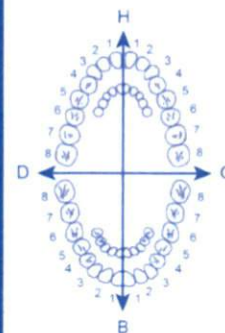
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

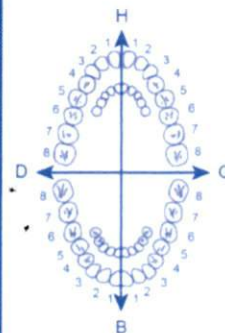
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

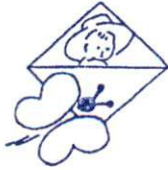
DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Khadija SEBAA

PEDIATRE



Spécialiste : Nouveau-Né, Pré-maturé,
Nourrisson
Grand enfant et adolescent
DIPLOMÉE DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS
Spécialiste en Médecine d'Urgences
médico-chirurgicales
Ancienne Attachée des Hôpitaux de Paris

الدكتورة خديجة السبع

إختصاصية في أمراض الأطفال المزدادون قبل الأوان،
الرضيع الأطفال الكبار و المراهقون
خريجة كلية الطب بباريس
إختصاصية في طب المستعجلات العامة
طبيبة سابقا بمستشفيات باريس

Mohammedia, le 28/9/21.

Dananno Ghali

(47.00x3)

- clartée

1cc le soir

(303.00x3)

- Suppléer Suer

1cc à chaque le soir

21.50

- A pipi

2cc a 21

21.50

- Butavent

2cc a 21

1245.40

Butovent® 0.04%
Salbutamol

21.50

إقامة بارامسكي (سبتة) سلم - 2. الشقة رقم 2. الطابق الأرضي الأيسر - العيادة 05 23 28 42 43
Résidence Parameski (Sebta) Escalier 8, Appt N°2 - RDC gauche - Tél.C : 05 23 28 42 43
Urgences : 06 63 71 75 11 : المستعجلات

LOT : 5143
UT- AV: 11-23
P.P.V : 47 DH 00

Clartec[®]
Loratadine 0,1g/100 ml

Lot: 210424
A consommer
avant le: 06/2024
PPC: 79,50 DH

LOT : 5143
UT- AV: 11-23
P.P.V : 47 DH 00

Clartec[®]
Loratadine 0,1g/100 ml

LOT : 3062
UT. AV: 09-24
P. P.V : 47 DH 00

Clartec[®]
Loratadine 0,1g/100 ml

LOT : 3062
UT. AV: 09-24
P. P.V : 47 DH 00

Clartec[®]
Loratadine 0,1g/100 ml

LOT : 5143
UT- AV: 11-23
P.P.V : 47 DH 00

Clartec[®]
Loratadine 0,1g/100 ml

Singulair® 5 mg, comprimé à croquer

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



SINGULAIR® 5 mg
28 comprimés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA

P.P.V: 303,00 DH

AMM 204 DMP/21/NCI

74772/140414-2

SINGULAIR®

5 mg



comprimé à croquer
Montelukast



Singulair® 5 mg, comprimé à croquer

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



SINGULAIR® 5 mg
28 comprimés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA

P.P.V: 303,00 DH

AMM 204 DMP/21/NCI

74772/140414-2

SINGULAIR®

5 mg



comprimé à croquer
Montelukast



Singulair® 5 mg, comprimé à croquer

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



SINGULAIR® 5 mg
28 comprimés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA

P.P.V: 303,00 DH

AMM 204 DMP/21/NCI

74772/140414-2

SINGULAIR®

5 mg



comprimé à croquer
Montelukast



Singulair® 5 mg, comprimé à croquer

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



SINGULAIR® 5 mg
28 comprimés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA

P.P.V: 303,00 DH

AMM 204 DMP/21/NCI

74772/140414-2

SINGULAIR®

5 mg



comprimé à croquer
Montelukast

