

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

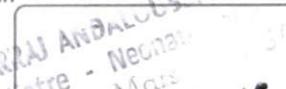
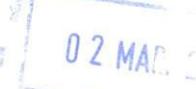


Déclaration de Maladie

N^o W21-683844

156186

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>12462</u>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>GENANE ICHRAZK</u>			
Date de naissance :	<u>23/07/85</u>		
Adresse :			
Tél. : <u>0662763330</u>	Total des frais engagés :		Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :	  		
Date de consultation :	22/03/2022		
Nom et prénom du malade :	Béchir El Djahili, 4 mois		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Bronchite symptomique		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidentiel 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 :.....

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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
25/11/20 C2			300	INP : 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourmeisseur	Date	Montant de la Facture
	le 10/11/2022	377.42

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	

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

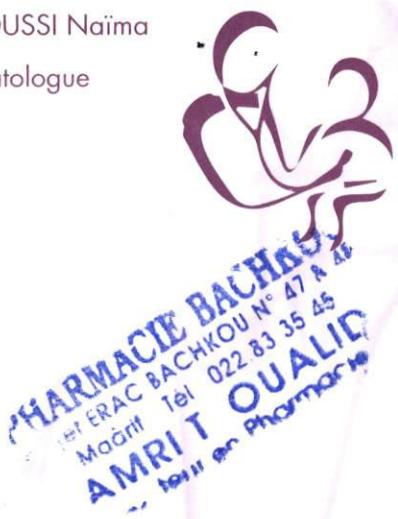
The diagram shows a branched polymer chain with numbered atoms (1 through 15) and directional arrows indicating orientation. The main chain has atoms 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, and 15. A side chain branches off at atom 7, containing atoms 1, 2, 3, 4, 5, 6, and 7. Another side chain branches off at atom 11, containing atoms 1, 2, 3, 4, 5, 6, and 7. Arrows point upwards from atoms 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, and 15. Arrows point downwards from atoms 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, and 15.

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Enfant Yacout BENABDELJALIL

22 01 2022

Age : 8 ans

Poids : 27,300 Kg

(S.V)

1) VOGALENE 5mg suppos séc : Plq/10

Mettre 1 suppositoire le matin, à midi et le soir, avant le repas

2) AUGMENTIN 100 mg/12,5 mg p tab pdre p susp
buv enf : Fl/60ml

Donner 1 dose poids de 27,300g le matin, à midi et le soir pendant 8 jours

(S.V)

(S.V)

(S.V)

(S.V)

(S.V)

3) VITAMINE C UPSA 1000mg cp efferv : 2T/10

Prendre 1/2 comprimé le matin, pendant 7 jours

4) DOLIPRANE 500 mg pdre p soi buv : 12Sach

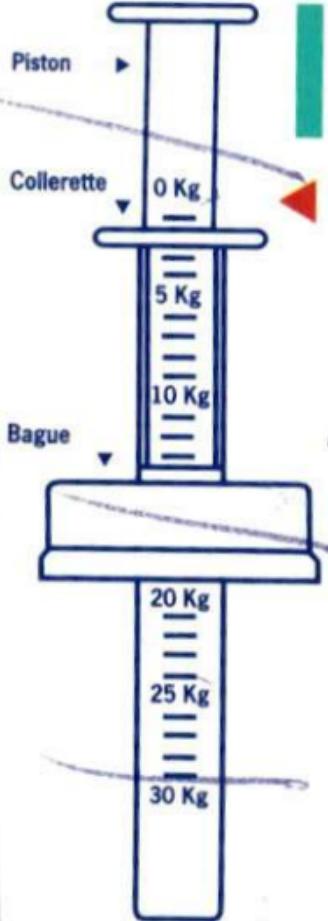
Prendre 1 sachet le matin, à midi et le soir

377.42

Dr SERRAJ ANDALOUSSI
Pédiatre - 2 Mars Angle Moulay Idriss 1, 2ème Etage -Appart.6 CASABLANCA -tél.: 05.22.86.23.72 -GSM : 06.61.33.31.75

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN

100mg/12,50mg/1ml



enfant

1 dose-graduation n°

3 fois/jour, à prendre de préférence au début des repas, pendant jours.

جرعة رقم 3.... 3 مرات في اليوم، من الأفضل قبل الأكل، مدة يوم

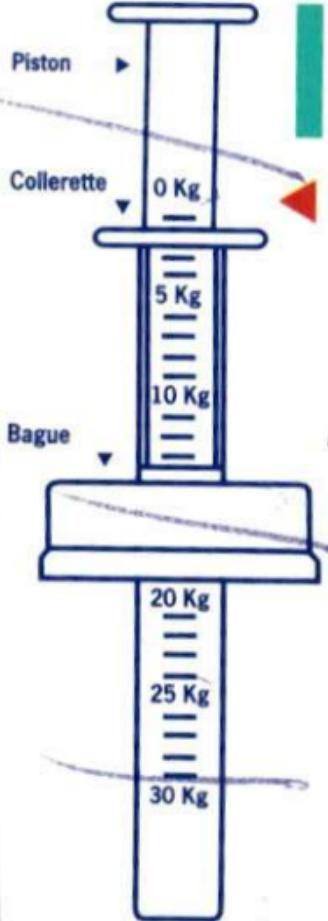
PPV : 70,60 DH
LOT : 648053
PER : 08/2023

Liste I. Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN

100mg/12,50mg/1ml



enfant

1 dose-graduation n°

3 fois/jour, à prendre de préférence au début des repas, pendant jours.

جرعة رقم 3.... 3 مرات في اليوم، من الأفضل قبل الأكل، مدة يوم

PPV : 70,60 DH
LOT : 648053
PER : 08/2023

Liste I. Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

UT. AV.: 09 2024
LOT N°: FN7995
P.P.V.: 70 00

P10008977

UT. AV.: 09 2024
LOT N°: FN7995
P.P.V.: 70 00

P10008977