

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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° W21-684082

10-8582

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

12200

Société :

CAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Louiza Rachid

Date de naissance :

03.12.79

Adresse :

Tél. : 061 253647

Total des frais engagés :

508

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr NOUNA M'hamed
PEDIATRE

Cachet du médecin :
82. Av. Abu Chouib Doukkali
An Chifa 11 Casab 20550
Tél. 0522.85.40.58

Date de consultation :

18.07.2022

Nom et prénom du malade :

Louza SILAJ

Age : 3 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

engorgement + bronchite paroxysmique

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 : Settat

M 21 MAR 2022

Le : 18.07.2022

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie LYOUSSI LYOUSSI Zineb 23.72.19.42 	18/03/22	252,90

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> </table>			H	21433552	D	00000000	B	00000000	G	35533411 11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	21433552											
D	00000000											
B	00000000											
G	35533411 11433553											
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>								
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>								

Docteur NOUNA M'hamed

Pédiatre

Lauréat de la faculté de médecine d'Amiens

Spécialiste des maladies du Nouveau-né

Nourrisson et L'Enfant

Asthme de l'enfant et Maladies

Allergiques

Casablanca, le

18/03/2022

الدكتور نونا محمد

خريج كلية الطب بآميان

أخصائي في أمراض الوضع و الطفل

مرض الربو (الضيق)

أمراض الحساسية

البيضاء في

Nom/Prénom :

LOUZA

Siraj

Poids :

Poids : 13,000 Kg

age :

Age : 3 ans et 1 mois

58170

1) AXIMYCINE 500 MG PDRE PSUSP BUV

1 boite



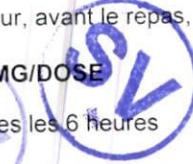
21140

Prendre 1 cuillère mesure le matin et le soir, pendant 7 jours

1 boite

17150

2) BUTOVENT SUSP BUV FL 150ML /BUTAMYL/INALER



Prendre 1 cuillère mesure 3 fois par jour, avant le repas, pendant 8 jours

1 boite

58140

3) DOLIPEDIA TRIQUE 30MG/ML 15MG/DOSE

1 boite

Donner 1 dose poids de 13 Kilos toutes les 6 heures



4) EFFIPRED 20MG CP EFFERV

1 boite

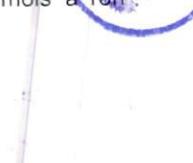
Prendre 1 comprimé le matin, pendant 8 jours.



5) ZYRTEC SUSP BUV GTES 10MG/ML FL 15 ML

2 boites

Prendre 10 gouttes le soir, pendant 2 mois à 18h.



252,20

Dr NOUNA M'hamed
PEDIATRE
82- Av. Aba Chouaïb Doukkali
Ain Chifa II Casablanca 20500
Tél: 0522.85.1508

صيدلية اليوسفي
Pharmacie LYOUSSI
Dr LYOUSSI Zineb
Tél: 05.23.72.19.42

PPV 55DH70 LOT 000065
EXP 02/2024

BUTAMYL®

Salbutamol
Flacon 150 ml

P.P.V. : 21,40 DH



6 118000 190189

EFFIPRED® 20 mg

PPU 58DH40
EXP 11/2024
LOT 10022 14

LOT 191353

EXP 05 2024

PPV 49.60 DH

LOT 191353

EXP 05 2024

PPV 49.60 DH

PPV 171353
PER 24
LOT K2980
17150