

## 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

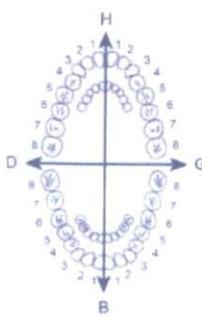
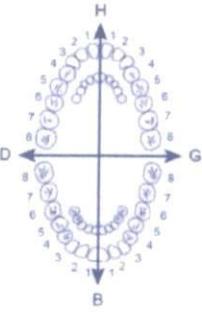
<b>Déclaration de Maladie</b>			
109179			
N° W21-681816			
<i>(Signature)</i>			
<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b> <input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b> <input type="checkbox"/> <b>Optique</b> <input type="checkbox"/> <b>Autres</b>			
<b>Cadre réservé à l'adhérent(e)</b> Matricule : <u>123-24</u>		Société : <u>R.A.N</u>	
<input type="checkbox"/> <b>Actif</b> <input type="checkbox"/> <b>Pensionné(e)</b> <input type="checkbox"/> <b>Autre</b>		<u>Hammoudoun EL Mekhlifi</u>	
Nom & Prénom : <u>Hammoudoun EL Mekhlifi</u>		Date de naissance : <u>16 Mars 1986</u>	
Adresse : <u>2pti Bd la Rejoune appartement 7</u> <u>3 étage</u> <u>Le Souk Abouza</u>		Tél. : <u>06 60 36 21 61</u> Total des frais engagés : <u>622,40</u> DHS	
<b>Cadre réservé au Médecin</b>			
Cachet du médecin : <b>Dr. Jalal EL OUDGHIRI</b> <b>Pédiatre</b> <b>35 Avenue 2 Mars Casablanca 20490</b>			
Date de consultation : <u>01, 02, 2022</u> INN : <u>091097582</u> Nom et prénom du malade : <u>Hammoudoun EL mamoune</u> Age : <u>1</u> <input type="checkbox"/> <b>Lui-même</b> <input type="checkbox"/> <b>Conjoint</b> <input type="checkbox"/> <b>Enfant</b>			
Lien de parenté : Nature de la maladie : <u>Affection Pédiatrique</u> 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 : <u>Casab</u> Le : <u>01, 02, 2022</u> Signature de l'adhérent(e) : <u>(Signature)</u>			

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
OA 01 22	S	1	250,00	INP : <input type="text"/> <i>Dr. Jalal El Ouardi Pediatre 35 Avenue 2 Mary Casablanca 20490 INP : 091059758</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>(Signature)</i>	20/12/21	37240
	2022	

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

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
		AM	PC	IM	IV

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 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			
	H 25633412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	G	<input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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 DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

DOCTEUR JALAL EL OUDGHIRI

PEDIATRE

Pédiatrie Générale - Néonatalogie - Urgence

Endocrinologie Pédiatrique

Diplômé de la Faculté de Dijon

Ancien Médecin des hôpitaux de France



الدكتور جلال الودغيري

اختصاصي في أمراض الأطفال والرضع

إنعاش الرضيع - المستعجلات

مختص في أمراض الغدد عند الطفل

خريج كلية الطب ديجون

طبيب سابق بالمستشفيات الفرنسية

01/02/2022

HAMDOUN EL MAMOUNE

Age: 0 ans 1 mois 18 jours

Poids: 4,36 Kg

120,80

- Prorhinel spray

une pulvérisation quatre fois par jour

17,60

- Vogalene 0,4% - goutte

10 gouttes trois fois par jour avant tétée pendant 10 i

234,00

- IINexium 10 mg sachet

1/2 sachet le soir

- Lait Nursie AR

120 ml + 4 cam

T = 37,2,40

Lpt:  
EXP:  
PPV:

17,60



SYNTHEMEDIC

22 rue soubaïr bno al ouam roches  
noires casablanca  
INEXIUM

10 mg  
Boite de 28

Oral or susp buv  
en sachets-dose

65616 CMP/21/NP P.P.V: 234,00 DH  
6 118001 021550



ZENITH Pharma  
PPC : 120,80 DH

PHARMACIE LA PALMERAIE  
Mme Mendili Nezha  
Rte. Ennakhil km 23 Mag 2  
El Gdeid Sidi Ben Romdhane Casablanca  
Tél: 05 22 26 59 53