

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

- Reclamation : 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° W21-651988

11/09/12



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12352 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SIDOURI ANA

Date de naissance : 14/12/81

Adresse : 52 Rue 11 ELMIKA 2 Apt 3 CASA

Tél. : 0662771028 Total des frais engagés : 6114,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Jaijal EL OUDGHIRI
Pédiatre
35, Avenue 2 Mars Casablanca 20490
02 3039758

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/03/2012

Nom et prénom du malade : Sidioui Kamelis Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Appendicite

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 11/09/12

VOLET ADHÉRENT

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
08/03/2022	5	1	25000	INP : DR. JALAL BOUDGHIRI 25, Avenue 20 Mai, Casablanca 20490 INP : 059758

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ANFA PLACE C/C Anfa Place, Bd de la Corniche Casablanca - RC : 265000 Tél : 0524 70 70 70	02/03/21	364.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VDL ET

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H 05533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Lot

0000968

EXP

12-01-2023



OGHIRI

Urgence

re

on

France



الدكتور جلال الوعظيري

اختصاصي في أمراض الأطفال والرضع

إنعاش الرضيع - المستعجلات

مختص في أمراض الغدد عند الطفل

خريج كلية الطب ديجون

طبيب سابق بالمستشفيات الفرنسية

Re 02.03.22

Sidqui Kamelia

364.00

Vaniva d.

(S.V)

PHARMACIE ANFA PLACE

C/C Anfa Place, Bd de la Corniche
Casablanca

Tél. : 0522 79 70 21 - RC : 266003

Dr. Jalal EL OUDGHIRI T

Pédiatre

35, Avenue 2 Mars Casablanca 20490

INPT : 010597587

35, Avenue 2 Mars, Résidence Lalla Habiba - 1^{ère} Etage - Casablanca. Tél. : 05 22 26 52 35 - GSM : 06 61 21 70 23

Fax : 05 22 29 39 73 - E-mail : drjalalelouedghiri@gmail.com

Urgence : Clinique Les Crêtes. 528 Bd Panoramique - Tél. : 05 22 21 20 40

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

VARIVAX®

**(Virus de la varicelle vivant atténué
[souche Oka/Merck])**

Un flacon unidose de 0,5 ml de vaccin en poudre et
un flacon unidose 0,7 ml de solvant stérile pour
reconstitution.

يحفظ بعيداً عن متناول ومرأى الأطفال

فاريفاكس®

فيروس داء الحماق حي موهن سلالة أوكا / ميرك
فأرورة ذات جرعة واحدة 0.5 مل من مسحوق اللقاح
و فأرورة ذات جرعة واحدة 0.7 من مخفف لإعادة التشكيل



VARIVAX®

(Virus de la varicelle vivant atténué [souche Oka/Merck])

Un flacon unidose de 0,5 ml de vaccin en poudre et un flacon
unidose 0,7 ml de solvant stérile pour reconstitution.

فاريفاكس®

فيروس داء الحماق حي موهن سلالة أوكا / ميرك
فأرورة ذات جرعة واحدة 0.5 مل من مسحوق اللقاح و فأرورة ذات جرعة واحدة 0.7 من مخفف لإعادة التشكيل

