

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

itaire :

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.

ladie 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

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° W21-715176

*Docteur
Kamelia Kabbaj*

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 12815

Société : RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Kamelia Kabbaj

Date de naissance :

06-12-1989

Adresse : Casablanca Centre Royal Air Maroc

Tél. : 06 27 65 224

Total des frais engagés

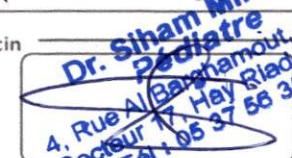
700

Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

23/05/2022

Nom et prénom du malade :

Guéssous NOOR

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Bronchite

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.

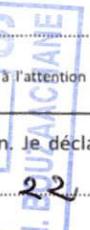
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

M 13 JUIN 2022

R Le : 13/06/2022



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| es des ctes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 23/5/22 | CS | 200,071 | INP : 1011679 | Dr. S. Ham. MIKOU Pédiatre Boulevard A. Ben Barka, Bloc N Avenue Bir Kacem, Souissi Tél. : 05 31 50 35 24 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| PHARMACIE WARDI Avenue Bir Kacem, Souissi Tél. : 05 31 50 35 24 | 23/05/22 | 400,20 |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du oratoire 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.

| | | | | | | | | | | | | |
|---|----------|--------------------|--|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|
| BESOINS TRAVAIL | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| DETÉRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> | | | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | |
| B | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | |
| <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | |



العيادة الطبية النخيل
Cabinet Médical Annakhil

23/05/2022

الرباط، في Rabat, le

GUESSOUS NOOR

70.60

- **Augmentin sirop enfant**
dose n 16 3 fois par jour pendant 07 jours

12.80

- **Doliprane 300 mg**
1 suppo 3 fois par jour si fièvre supérieure à 38.5

36.20

- **Erlus 0,5mg**
2.5 ml par jour pdt 03-5 jours le soir
- **sedasteril gel lavant pédiatrique**
une application par jour

210.00

- **NEW DERM crème émolliente**
une application 3 fois par jour

400.90

رue Al Barghamout, Bloc N, Secteur 17, Hay Riad - Rabat
رue Al Barghamout, Bloc N, Secteur 17, Hay Riad - Rabat
رue Al Barghamout, Bloc N, Secteur 17, Hay Riad - Rabat
رue Al Barghamout, Bloc N, Secteur 17, Hay Riad - Rabat
رue Al Barghamout, Bloc N, Secteur 17, Hay Riad - Rabat
رue Al Barghamout, Bloc N, Secteur 17, Hay Riad - Rabat

PHARMACIE WARDA
Avenue Bir Kacem - Souissi
Rabat - Tél : 05 37 65 99 77
INPE : 102057205