

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.

N° W21-682522

(B) 29/09

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 12422		Société : RAN	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Dafna Yousra			
Date de naissance : 1 DAss 1990			
Adresse : 25 Rd Fath 2, 1er Etage, Sidi Daoud			
Tél. : 06 18 83 29 45		Total des frais engagés : 13,40 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Dr. JAMAOUI Fayrouz Pédiatre			
Date de consultation : 1 NOV. 2022			
Nom et prénom du malade : Dafna Yousra			
Age: 23 mois			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Affecte respiratoire			
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 : Casab

Le : 17 OCT 2022

Signature de l'adhérent(e) :



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
17 OCT 2022	CS		250 dhs	INP : 1011247643
17 OCT 2022	or Néosalist		100 Dhs	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Ma Pharmacie 30 Bis, Fath II Sidi Maarrow Tel: 0522 78 62 05	17 oct 2022	313,40 Dhs

ANALYSES - RADIographies

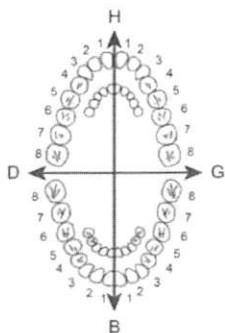
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

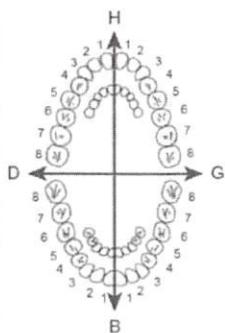
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



Spécialiste en pédiatrie

Cabinet de pédiatrie

أخصائية في طب الأطفال

- Allergies et asthme de l'enfant
- Lauréate de la faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca
- Diplômée en nutrition pédiatrique de Boston University School of Medicine, USA
- Diplômée en dermatologie pédiatrique de l'université de Nantes, France

حساسية الطفل والربو

- خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
- دبلوم في تغذية الأطفال من كلية الطب بجامعة بوسطن ١٣٥.
- دبلوم في أمراض الجلد للأطفال من جامعة نانت ، فرنسا

Casablanca, le 17 OCT 2022

الدار البيضاء في

Dar mal majd

os nébulisation
Salbutamol
Prémix cort

#1100 DOL #

Dr. JAMAOUI
Pédiatre
138 Centre Commercial Lina - Sidi Maarouf - Casablanca 20280
Tél. : 0522.780.780 - Urgences / 06.61.06.07.38
E-mail : drfayrouzjamaoui@gmail.com

PPV 90H70
PER 06/25
LOT 1201B

PPV (DH) :

Lot N° :

UT. AV:

El 50

BRUFEN®

100 mg/5 ml Ibuprofène

**Suspension
pédiatrique**



Spécialiste en pédiatrie

Cabinet de pédiatrie

- Allergies et asthme de l'enfant
- Lauréate de la faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca
- Diplômée en nutrition pédiatrique de Boston University School of Medicine, USA
- Diplômée en dermatologie pédiatrique de l'université de Nantes, France

أخصائية في طب الأطفال

- حساسية الطفل والريبو
- خريجة كلية الطب
- والصيدلة بالدار البيضاء
- دبلوم في تغذية الأطفال من كلية الطب بجامعة بوسطن و.م.و.
- دبلوم في أمراض الأطفال من جامعة نانت ، فرنسا

17 octobre 2022

Casablanca, le

Enf. DARMAL Majd

Age : 1 an 11 m 3 j

Poids : 9.84 kg

AUGMENTIN NOURRISSON

une dose 10 kg x 3/jour , pendant 8 jours

BETASTENE GOUTTES BUVABLES

100 gttes / j le matin après petit déjeuner, pendant 5 jours

VENTOLINE SPRAY

4 bouffées x 4/j pdt 5 jours puis 2 bouffées x 3/j pdt 5 jours

CLENIL FORT SPRAY

2 bouffées matin et soir pendant 1 mois puis 1 bouffée matin et soir pendant 2 mois, à 12 heures d'intervalle , se rincer la bouche après

DOLIPRANE 150 SUPPO

1 suppo x 3/j

BRUFEN SIROP

1/2 cm x 3/j

alteau
dose 4/4
5/7/38

30 Bis/30
Ch. Sidi Maârouf
Tel : 0522 786205

Dr. JAMAOUI
30 Bis. Sidi Maârouf
Casablanca
Tel : 0522 786205

CLENIL FORTE® Spray

CLENIL FORTE®

Béclométasone dipropionate

Aérosol doseur

250 microgrammes / doses

200 doses



CLENIL FORTE®

Béclométasone dipropionate

Aérosol doseur

250 microgrammes / doses

200 doses



chiesi

86,50



قارورة من فنتة 30 ملل
 محلول للشرب
 عن طريق الفم

OT : 8499
UT. AV: 04-24
P.P.V: 30 DH 00

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN

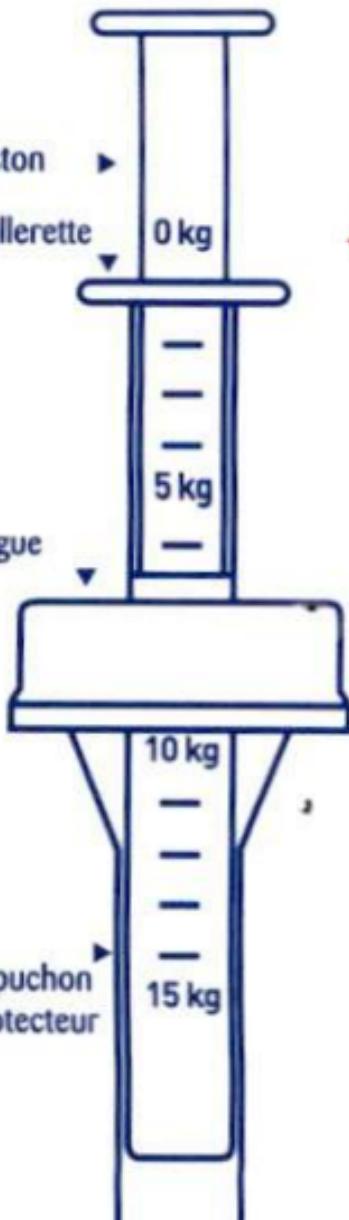
100mg/12,50mg/1ml

piston

rollerette

sague

Capuchon
protecteur



nourrisson

◀ 1 dose-graduation n° ...
3 fois/jour, à prendre de
préférence au début des repas
pendant jours.

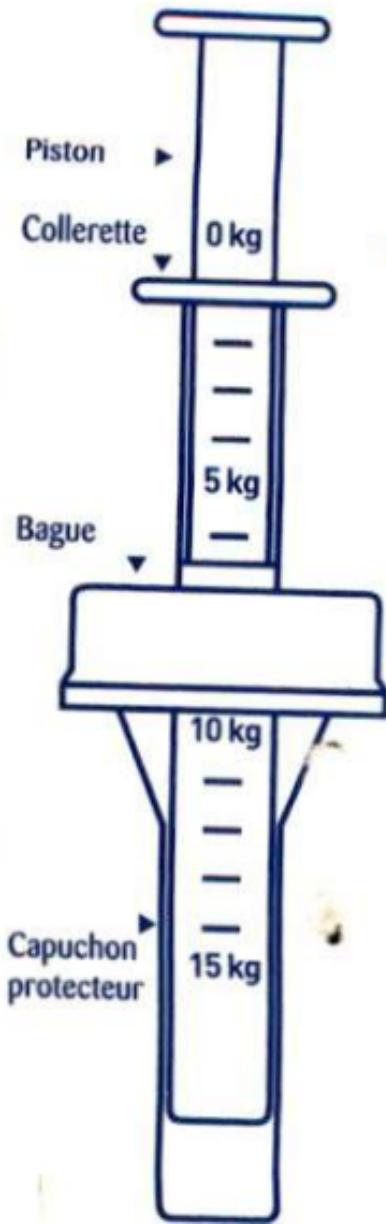
رقم 3 مرات في اليوم، من الأفضل
كل، مدة يوم

PPV : 39,10 DH
LOT : 648045
PER : 08/2023

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN

100mg/12,50mg/1ml



nourrisso

1 dose-graduation n° ..
3 fois/jour, à prendre de
préférence au début des repas
pendant jours.

رقم 3 مرات في اليوم، من الأفضل
تناول، مدة يوم

PPV : 39,10 DH
LOT : 648044
PER : 07/2023