

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
 0 Prise en charge : pec@mupras.com
 0 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° W21-622608

14/12/2022

| | | | |
|--|---------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : 123.06 | | Société : RATP | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : DR EL YOUSSET FOUDAD | | | |
| Date de naissance : 04/12/1983 | | | |
| Adresse : VILLA 117 CASA GREEN TOWN - Boulevarde Ville verte | | | |
| Tél. : 06 61 06 88 81 | | Total des frais engagés : 316 Dhs | |

| | |
|-------------------------------------|---|
| Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019 | Cadre réservé au Médecin |
| | Cachet du médecin : Dr NEJJARI Noureddine Professeur de Pédiatrie 314 Bd Abdelmoumen - Casablanca Tél:0522 23 23 80 - Fax:0522 23 23 81 |
| | Date de consultation : 12/12/2022 |
| | Nom et prénom du malade : BL MEASSET Alix Age: 3y 4m |
| | Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant |
| | Nature de la maladie : Pharyngite |
| | 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 : Casablanca Le : 12/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :

DR NEJJARI Noureddine Professeur de Pédiatrie Casablanca Tél:0522 23 23 80 - Fax:0522 23 23 81

| | |
|---|---------------|
| VOLET ADHÉRENT | |
| Déclaration de maladie | N° W21-622608 |
| Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure. | |
| Coupon à conserver par l'adhérent(e). | |
| Matricule : | |
| Nom de l'adhérent(e) : | |
| Total des frais engagés : | |
| Date de dépôt : | |

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 12 | £ | (+) | 259 | INP : 091102248 |
| 12 | | | | |
| 22 | | | | DR. Noureddine radiologie |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|--|
|  DR MARIA AZENNAR Centre Commercial Ville de Greentown | 18/12/99 | 314 Bd ABDELLAH 73385 - FR 050-0522 # 3360 AF FF |

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 |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

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

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 | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| D | 35533411 | 00000000 | 11433553 | DATE DU DEVIS <input type="text"/> |
| B | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
| | [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

Pédiatrie
Néonatalogie et Réanimation néonatale

Ex-enseignant
de Médecin

Faculté
albawana



PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

37,00

5 mg/ml
Voie orale



طب الأطفال

أستاذ سابق بكلية الطب
بالدار البيضاء

الزيارة بالموعد

Casablanca, le 12.12.2022, في الدار البيضاء، في

MRASET Ali

17,50

-10

Dolipadixigue (5g)

16H

13,00

-27

Nurodone (5g)

16H

37,00

-30

Aler-Z (5g)

1 cm le soir x 15j

10,10

-40

HEC (50ml)



Total = 83,60

Bouskoura Tel: +212 520-362355
Centre Commercial
Casablanca

Dr. NEJJARI Noureddine
Professeur de Pédiatrie
314, Bd Abdelmoumen, Résidence Beniznassen II (à côté de Antouki), 1^{er} étage, n°2, Casablanca
Tél : 05.22.23.23.80 - Fax : 05.22.23.23.81 - E-mail : nournejjari@yahoo.fr