

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 canaux, 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 canaux.

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.



DECLARATION DE MALADIE

N° W21-770856

242152

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10247 Société : M9

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : médecin adhérent

Nom & Prénom : GZIRI HIND

Date de naissance : 01-10-74

Adresse : 48, Lp le ATILIA AIN SEBA

Tél. : 0661297821 Total des frais engagés :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. EL MOUHAMMED FERDAOUS, Pédiatre, 24, Bd Mohammed VI, Casablanca

Date de consultation : 02/12/22

Nom et prénom du malade : IYAD KARAMI Age : 10

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Virus

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'at. médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : CASABLANCA Le : 20/12/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

RELEVÉ 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
02/12/22		CS	211,80	INP : 091206025

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HIND Dr. GZIRI Walid Docteur en Pharmacie 150 Lot Hayat El Fekr 41 Tél: 0522 74 76 90 - 0522 74 76 91	02/12/22	111,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

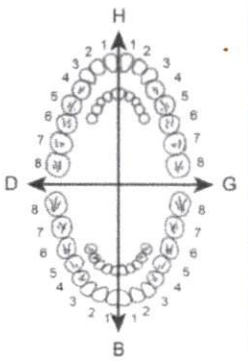
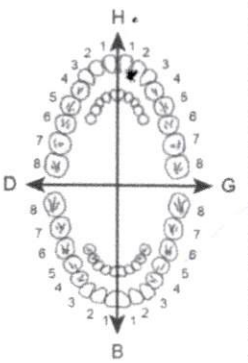
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXE

Dr. Ferdaous ELMOUKHLIS

- Pédiatre
- Allergie et asthme de l'enfant
- Diplômée de la Faculté de
Médecine de Casablanca
- Ancienne Médecin Interne au
CHU Ibno Rochd
- Ancienne résidente à l'hôpital
d'enfant Abderahim Elharouchi



الدكتورة فردوس المخلص

- اختصاصية في أمراض الأطفال و الرضع
- الحساسية و الربو عند الأطفال
- خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
- طبيبة داخلية سابقا بالمستشفى
الجامعي ابن رشد
- طبيبة سابقا بالمستشفى الجامعي
عبد الرحيم الهاروشي

Casablanca, le 02/12/22

PHARMACIE HIND
Dr. GZIRI Wafii
Docteur en Pharmacie
150, 101, Hay Al-Makki Ben Ahmed
721 66 13 13

Enfant 1 an 6 m
Iyad

80,0

1- Azia 250mg
Add (17,7) 1/4
2- Nurofen
Add (17,5) x 3
3- Doliprane 300mg
Add (17,5) x 3

Dr. ELMOUKHLIS FERDAOUS
Pédiatre
264, bd Mokhtar Ben Ahmed Guermaoui,
Hay Qods, Sidi Bernoussi, Casablanca
Tél : 05 22 76 76 99 - Urg : 06 61 45 232

264, شارع المختار بن أحمد الكرنأوي حي القدس - سيدي البرنوصي - الدار البيضاء

264, Av Mokhtar Ben Ahmed Guermaoui. Hay Qods - Sidi Bernoussi - Casablanca

Tél.: 05 22 76 76 99 - E-mail : docteur.elmoukhlis@gmail.com

4) - Urtica C 1000 >

$\frac{1}{2}$ Cp et 1/2 pot 3j

5) - ipeca 9CH

Sgule x

DR. EL MOUKHLIS FERDAOUS
Pédicatre
254 av. Mohamed V - Ben Ahmed Guenadi.
Ques. Sidi Bernoussi, Casablanca
Tél : 0522 78 78 99 - Urg : 0661 45 2326

6) - Symple 9UM

Sgule x 4j

= 111,00

DR. EL MOUKHLIS FERDAOUS
Pédicatre
254 av. Mohamed V - Ben Ahmed Guenadi.
Ques. Sidi Bernoussi, Casablanca
Tél : 0522 78 78 99 - Urg : 0661 45 2326

PPV: 806H00
PER: 09/25
LOT: L2901

19,00



PPV 120H80
PER 09/25
LOT L1169