

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

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° W21-707742

143346

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8644 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Hamiddine Lahcen

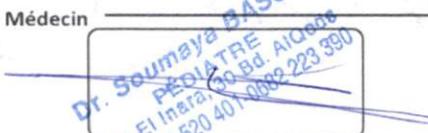
Date de naissance : 25/05/71

Adresse : Appt 231 Residence Riad omaria Hay chencha
Ain chekk Casablanca

Tél. : 06 59 79 16 84 Total des frais engagés : 931,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/10/22

Nom et prénom du malade : HAMIDDINE LAHCEN Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Celle de l'adulte

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 : 04/10/22

à l'adhérent(e) : (Signature)

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
04.10.21 GS			+ 250DH Dr	INP 001196030 Soumaya
				73...

~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AMITIÉ D'ABIDJAN TOGO Côte d'Ivoire Télé: 0522-51-00-00 Fax: 0522-51-00-01	4/10/2015	660,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(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'EXECUTION				

Dr Soumaya BASSIT

Spécialiste des maladies de l'enfant, du nouveau-né et en nutrition
Médecin membre de la société marocaine d'endocrinologie (SMEDIAP)
Ancien médecin interne au centre de pneumo-allergologie.
et au centre d'hématologie et d'oncologie pédiatrique de l'hôpital 20 Août



الدكتورة سمية بسيط
إختصاصية في طب الأطفال، حديثي الولادة والتغذية
طبيبة بالجمعية المغربية لأمراض العدد والسكري للطفل
طبيبة داخلية سابقاً بمراكز أمراض الحساسية والتغذية والجهاز التنفسى
و بمراكز أمراض الدم و أنكولوجيا الأطفال بمستشفى 20 غشت

ORDONNANCE

04 - 10 - 22

NN : Rimasse Hamidene

- P: 10 kg 600

7,00

1) pantanim



364,00

2) VanVax



3) physiomer : pulv / narine matin

4) Camilia : 21J

0-1-1 (5J)

5) tasectan :

19,00 25 sachets x 3J (3J)

Dr. SOUMAYA BASSIT
Hay El Inara, 30 Bd. Al Quds 2ème Etage N° 19
Tél: 05.22.52.04.01 - 0682.223.300

6) Nurodot : 20g x 3J (3J)

مركز إيليت حي الإنارة، 30 شارع القدس، الطابق الثاني رقم 19

Elite centre Hay El Inara, 30 Bd. Al Quds 2ème Etage N° 19

Urgences : 06.82.22.33.90 - Tél. : 05.22.52.04.01

E-mail : drbassitsoumaya@gmail.com

7) cog-clusédaL 250 J. 28/janvage
si besoin (3J)

21,50



Dr. Soumaya BASSIT
PHARMACIE
Hay El Inza 30 Bd. Al Qods
Tél: 0522 50 40 01-0682 223 380

**Titulaire de l'ATM et fabricant/
صاحب رخصة التسويق والمصنع**

Merck Sharp & Dohme Corp.
 770 Sumneytown Pike, P.O. Box 4
 West Point, Pennsylvania, 19486,
 Etats-Unis/الولايات المتحدة الأمريكية
 Formulation réfrigérée stable.

Libéré par/

تم اصدار التشغيلة من قبل

Merck Sharp & Dohme BV
Waarderweg 39, P.O. 581
2031 BN, 2003 PC Haarlem
Pays-Bas/هولندا

**VARIVAX® vaccin
Suspension injectable**
Boîte d'un flacon unidose de 0,5 ml
PPV: 364.00 DH
AMM N°: 789/160MP/21/NSE

PENTAXIM

les enfants,

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1,
Aln sebaâ Casablanca

Pentaxim Inj b1 ser 1 dose
P.P.V : 277,00 DH



6 116001 000632

iq

e

énué

ISS

He

en poudre et

ite

in

Isc بحفظ بعده

Poudre en flacon et suspension pour su

Powder in vial and suspension for suspe

Polvo en frasco y suspensión para suspe

Voie intramusculaire / Intramuscular route

فیروس داء ال

- 15 -

فَارِرَةُ ذَاتٍ
وَقَارِرَةُ ذَاتٍ

19,00

