

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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'égalité à caractère personnel.

**MUPRAS** :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05



## Déclaration de Maladie

N° W21-656064

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12647

Société :

RAM

145708

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL OUARDI NEHDI

Date de naissance :

22/04/1985

Adresse :

Res. la perle de Nouaceur II Im. 6 App. 2

Nouaceur

0673706626

Total des frais engagés : 341,20

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : C. NINA

Date de consultation : 16/04/2023

Nom et prénom du malade : ALI EL OUARDI

Age :

Lieu de parenté : AÏSSA

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie : maladie pulmonaire

Enfant

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 : 16/04/2023

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
16/12/88	C.S		200,00Dh	INP : [REDACTED] E-mail: medunited@medunited.com Site: www.medunited.com Tél: 0522 51 42 88 Fax: 0522 51 42 88 N° de la Restitution: 10613870 N° de la Pédicure: 10613870 N° de la Facture: 10613870

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16.12.88	200,00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

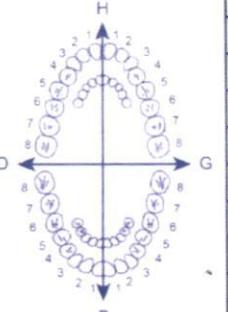
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

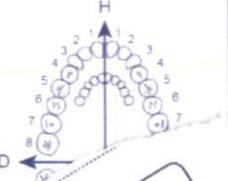
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
				

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	00000000	00000000		D	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B		
H	25533412	21433552														
00000000	00000000															
D	00000000	00000000														
00000000	35533411	11433553														
B																

www.alei.be - www.mdpf.be - www.mdpf.be  
N° de la Restauration: 10613870  
N° de la Pédicure: 10613870  
N° de la Facture: 10613870

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr.FOUISSI MOUNIA  
Pédiatre

Ancienne Résidente du CHU Ibn Rochd  
Diplômée de la Faculté de Médecine et de  
la Pharmacie de Casablanca



د. الفويسلي مونية  
اختصاصية في أمراض الأطفال والرضع  
طبيبة مقيبة سابقا بمستشفى ابن رشد للأطفال  
خريجة كلية الطب  
والصيدلة بالدار البيضاء.

Le : 16/12/2022

Age : \_\_\_\_\_

Poids : 15 AUGMENTIN 100mg/12,50mg/1ml  
Poudre pour suspension buvable,60 ml

Nom : L'enfant : EL OUARDI ALI



1) AUGMENTIN 100 mg /ml SIROP

1 DDP 16 X3/J PDT/6J

29/60

X2

14/120

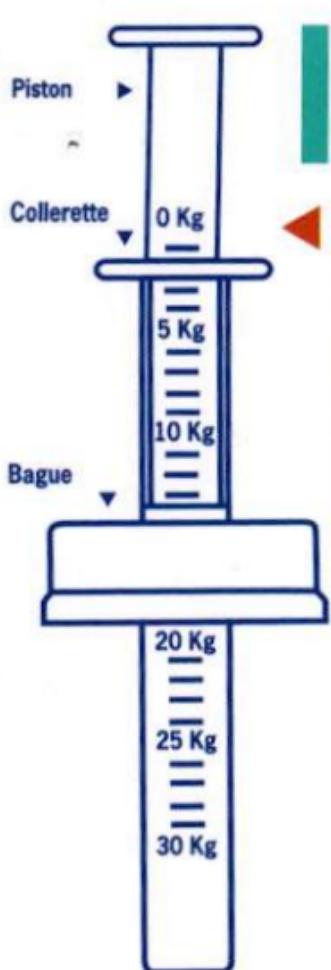
Dr. FOUISSI MOUNIA  
Pédiatre  
Av. de la Résistance, El Wahda I, N° 98 Deroua (En face ONE Deroua)  
Tél.: 05 22 51 42 88 - Urg : 06 65 07 00 05 - E-mail : mouniafouissi@gmail.com



شارع المقاومة، الوحدة 1 الرقم 98، الدروة

Avenue de la résistance, El Wahda I, N° 98 Deroua (En face ONE Deroua)  
Tél.: 05 22 51 42 88 - Urg : 06 65 07 00 05 - E-mail : mouniafouissi@gmail.com

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE  
**AUGMENTIN**  
100mg/12,50mg/1ml



**enfant**

◀ **1 dose-graduation n° .....**

3 fois/jour, à prendre de préférence au début des repas, pendant ..... jours.

جرعة رقم .... 3 مرات في اليوم، من الأفضل قبل الأكل، مدة .... يوم

PPV : 70,60 DH  
LOT : 650040  
PER : 07/2024

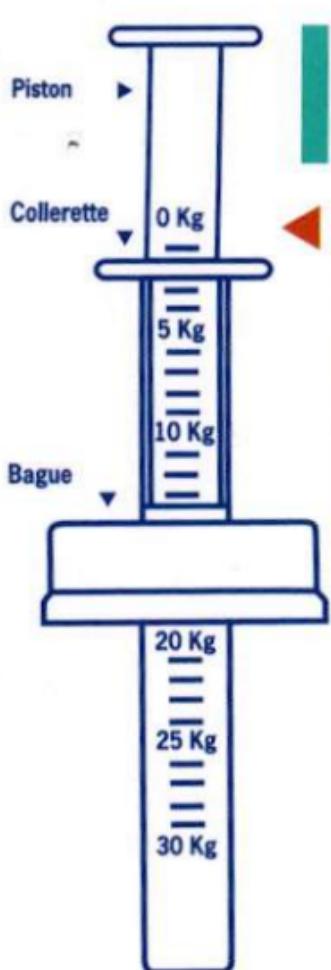
**Liste I. Uniquement sur ordonnance**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

GlaxoSmithKline Maroc, Ain El Aouda, Région de Rabat.

Information médicale : GlaxoSmithKline Maroc, 42-44 Angle Bd Rachidi et Rue Abou Hamed Al Ghazali, Casablanca 20.000

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE  
**AUGMENTIN**  
100mg/12,50mg/1ml



**enfant**

◀ **1 dose-graduation n° .....**

3 fois/jour, à prendre de préférence au début des repas, pendant ..... jours.

جرعة رقم .... 3 مرات في اليوم، من الأفضل قبل الأكل، مدة .... يوم

PPV : 70,60 DH  
LOT : 650040  
PER : 07/2024

**Liste I. Uniquement sur ordonnance**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

GlaxoSmithKline Maroc, Ain El Aouda, Région de Rabat.

Information médicale : GlaxoSmithKline Maroc, 42-44 Angle Bd Rachidi et Rue Abou Hamed Al Ghazali, Casablanca 20.000