

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.

Maladie Dentaire Optique Autre

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : Société : (146892)

Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : Benyamin Abdellah

Date de naissance : 31/01/1951
Adresse : Tanger, Bloc 11, Im 2, App 1
Bouassi, Casablanca

Tél. : 06 73 64 37 17 Total des frais engagés : 542,70

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. EL BOURY Chahid Pédiatre
264, Angle Bd. Ghandi et Omar El Khayam
Rés. Jawhara Appt. 14 - 3ème Etage
CASABLANCA
06 71 24 76 77

Date de consultation : 21 JAN 2023
Nom et prénom du malade : BEN YAHIA RAZANE Age:
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie : Bouchite.

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 médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : Casablanca Le : 14/01/2023
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
14 JAN 2023	C 800 DH	DR. EU BOU Dr. Eu Bouy Chalou Dr. Eu Bouy Chalou Dr. Eu Bouy Chalou	DR. EU BOU Dr. Eu Bouy Chalou Dr. Eu Bouy Chalou Dr. Eu Bouy Chalou	INPI:091027744

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>LA PHARMACIE DE LA MÉDAILLE POUR LA SOCIÉTÉ DES SAINTS-PIERRE ET PAUL</i>	14/11/23	212,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

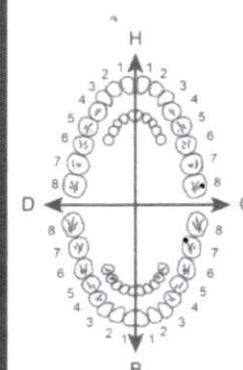
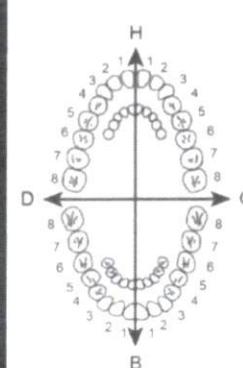
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'OC.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D —————— G</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D —————— G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D —————— G																	
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS													
				DATE DU DEVIS													
				DATE DE L'EXECUTION													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr EL BOURY Chadia

Pédiatre

Cardiologie Pédiatrique

Néonatalogie et Asthme de l'Enfant



الدكتورة البوري شادية

اختصاصية في أمراض الطفل والرضيع

أمراض القلب والربو عند الطفل

14.01.2023

Casablanca, le

LOT : 3683
PER : 10 - 24
P.P.V : 30 DH 00

Nourrisson BENHMID Razane

Age : 19 mois 27 jours

Poids : 10,70 Kg

1 CONFOSKIM CREME ANTI ROUGEURS HYDRA

Faire 1 application le matin et le soir, pendant 15 jours.

2 BETASTENE GOUTTES 0.05%

Prendre 110 gouttes le matin, pendant 5 jours.

3 AZIX 900MG

Prendre 11 doses/kg le soir, pendant 3 jours.

4 BUTOVENT SIROP

Prendre 1/2 cuillère-mesure le matin et le soir, pendant 1 semaine.

5 PRORHINEL SPRAY NASAL DECONGESTIONA

Faire 1 pulvérisation le matin, à midi et le soir.

EMULSION REPARATRICE
LOT : CIX 06
EXP: 07/2025
PPC: 187.00DH

PPV: 70DH00
PER:09/25
LOT: L3101

21,90

ZENITH Pharma

PPC : 120,80 DH

ProRhinel
SPRAY

Nourrissons - Jeunes Enfants

DR. EL BOURY Chadia
Pédiatre
264, Angle Bd Ghandi et Omar El Khayam
Res. Jawhara Appt. 14 - 3ème Etage
Casablanca
ByFax: 05 22 95 11 38-GSM: 06 71 24 6 71

PHARMACIE PANORAMA
DAHO IDRISI
Docteur Idrissi Aboubakar
Panorama Pharmacie
Casablanca
Tél: 0522 76

264, Angle Bd Ghandi et Omar El Khayam (à côté de la station de Tramway Ghandi) - Résidence Jawhara

Appt 14 - 3^{eme} étage - Casablanca - Tél.: 05 22 95 11 38 - GSM : 06 71 24 76 77