

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.

~~SAOUK~~

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>13182</u>	Société : <u>RAN</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>EL OUAHDANI Mohamed Amine</u>			
Date de naissance : <u>05/11/1882</u>			
Adresse : <u>Ville n° 181 lot EL NANSOUR Rabat</u>			
Tél. : <u>06 76 14 35 32</u>	Total des frais engagés :	<u>587,10</u> Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <u>Dr MORJANE Fadila</u> <small>Pédiatre Allergologue</small> <small>Bât. B, N° 3124, 1er Etage, Apt. 3, 10166 Sétif</small> <small>INPT: 101166619</small> </div>			
Date de consultation : <u>25/01/2022</u>			
Nom et prénom du malade : <u>Olaya El Ouahdani</u> Age : <u>15</u>			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u> Vaccination</u>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u></u>			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pliéconfidential 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 : Témara

Le : 15/01/2023

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

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
25/11/2022	C		250.00	INP : 1941066 Dr MORJANE Farida Pédiatre Allergologue Lot. Wifaq N°3124 1er Etage Appt. 3, T INPE: 10116619

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Distributeur	Date	Montant de la Facture
	25/11/2022	82.-
	25/11/2022	255.-

ANALYSES - RADIGRAPHIES

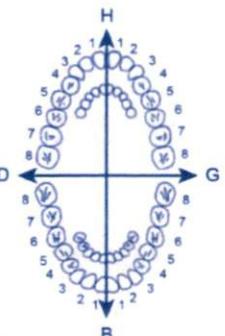
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

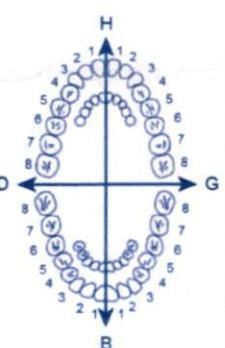
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

[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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



Témara le, 25 - 8 - 22

Lilya El Ouahdani

INPE: 102012184
Mag. Tel: 05 37 81 06 62
Proj. N° 1, Al Wifak - Témara
Dr. LADDRHAM Moumia, B1

PHARMACIE ATTAADMOUNE
1 - Mouche bébé - Nasal spray

fauve nasal 3x/j

2 - Mouche bébé oral 1

18.10x2

3 - Nux Vomica gCH

18.10x2

4 - Specia gCH

5 - Antimonii tartaricum gCH

10 + 10 + 10 g

+ 60 ml d'eau. / 24h

→ 2 gafé

Dr. MORJANE F.
Pédiatre Allergologue
Lot Wifaq N°3124, 1er Etage, Appt. 3, Témara
INPE: 101166619

شقة 3 (الطابق الأول) شارع عبد الكريم الخطيب، تجزئة 3124، الوفاق، تمارا

Appt 3 (1st étage), Avenue Abdelkrim Al Khatib, lot 3124, Al Wifak, Témara

06 61 29 00 67 (WhatsApp), 05 37 62 75 75. docteurmorjane@gmail.com



101166619

gout - Komallieu 2 ml



1 amp 1

BOTTU SA
PPV : 84 DH 00

x 6 seu

gout - Enterogermina 4 ml

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sébaâ 20250 - Casablanca
ENTEROGERMINA 2 milliards du 5ml,
Susp oral b/10 fl 5ml
P.P.V. : 60 DH 00



255-

Dr MORJANE Fadila
Pédiatre Allergologue
Lot Wifaq N°3124, 1er étage App. 3, Témara
INPE: 10116619

Nux vomica

9 ch



Ipeca 9 ch



Antimonium tartaricum 9 ch



Docteur Fadila MORJANE
PÉDIATRE

Néonatalogie et réanimation néonatale
Diplômée de la faculté de médecine de Rabat
Ex Médecin résidente à l'hôpital d'enfants de Rabat



الدكتورة فاضلة مرجان

اختصاصية في امراض الاطفال والرضع وحديثي الولادة
خريجة كلية الطب بالرباط
طبيبة مقيمة سابقاً بمستشفى الاطفال بالرباط

Témara le,

25/05/2019
Int. 11166619
23

lilya El Ouahdani

61-20

1-

BCG

26-20

2-

Vit D₃ Bon

3 :

seringue

22-20

PHARMACIE ATTAADAMOUNE
Dr. LADRHAM Mounia
Projet Attadamoune Imm. B1
N° 1, Al Wifak - Témara
Tél: 05 37 61 06 62
INPE: 102012184

ZENITH Pharma
AMM N° 171/10 DMP/21/NNPR

Barcode: 6 118 00 1272228

PPV: 20,90 DH

Numéro de la décision d'enregistrement /

Dr MORJANE Fadila
Pédiatre Allergologue
Lot. Wifak N° 1272228, Témara, 3rd floor, App. 3, Témara
INPE: 101166619

شقة 3 (الطابق الأول) شارع عبد الكريم الخطيب، تجزئة 3124، الوفاق، تمارة

Appt 3 (1st étage), Avenue Abdelkrim Al Khatib, lot 3124, Al Wifak, Témara

06 61 29 00 67 (WhatsApp), 05 37 62 75 75, docteurmorjane@gmail.com

Barcode: 101166619

NOM DE FABR.: 10

DILUANT

LOT: 0371G059 0700S4023
EXP.: MAY 2023 NOV. 2024

Dose : 0,05 ml, intradermique pour les enfants de moins d'un an.
: 0,1 ml intradermique pour les enfants âgés plus d'un an et les adultes.

Vaccin BCG vivant, atténué (Souche Bacillus Calmette Guérin)

Chaque 0,1 ml contient entre : 2×10^5 et 8×10^5 C.F.U.

Reconstituer avec 1 ml d'injection du chlorure de sodium

A conserver entre 2° - 8° C

Conserver à l'abri de la lumière

Conforme aux exigences de l'O.M.S.

Lire la notice avant utilisation

Tableau A (Liste I), médicament soumis à prescription médicale



Fabriqué par :

SERUM INSTITUTE OF INDIA PVT. LTD.

212/2, Hadapsar, Pune 411 028, INDIA

Ce paquet contient une ampoule de 1ml de
l'injection de chlorure de sodium pour la reconstitution.

INSTITUT PASTEUR DU MAROC -

1 Place Louis Pasteur 20360, Casablanca, Maroc

AMM N° 638/15 DMP/21/NCF PPV : 61.20 DH

"TENIR HORS DE LA PORTÉE ET DE LA VUE DES ENFANTS"

1 ml

VACCIN BCG

(Lyophilisé)

(0,05 ml - 20 doses / 0,1 ml - 10 doses)

