

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'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° W21-770672

AS6281

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	12514	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AIT MAHDI LAHCEN			
Date de naissance : 16-06-84			
Adresse : LA PERLE DE NOUACER 2 IMM 6 APP 10 NOUACER			
Tél. : 0674691526	Total des frais engagés : 340,00 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Dr. FOUISSI MOUNIA Pédiatre Av. de la Résistance El'Wahda 1, N°98 Deroua. Tel. 0522 51 42 88 E-mail: mouniafouissi@gmail.com</p> </div>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 13/03/2023			
Nom et prénom du malade : AIT MAHDI Sofia Age:			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : arthrite			
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 : 04/01/23

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
13/03/2023	CS	200,00	INP : 186490-186490	Dr. FOUSSI MOUNA Pédiatre Résidence de Náhda I. N° 05222514938 Tél. 05222514938

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr Kaouther Hameur Pharmacienne 010 02 22 53 72 32 Nouaceur - Casablanca	13.03.23	141,20

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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'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 PROTHÉSES DENTAIRES DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: right;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: right;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	21433552	25533412	00000000	D	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
				H	21433552											
				25533412	00000000											
				D	00000000											
				35533411	11433553											
B																
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.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 مقيدة عاقدا بمستشفى ابن رشد للأطفال
خريجة كلية الطب
والصيدلة بالدار البيضاء.

Le : 13/03/2023

Age :
Poids : 13,30

Nom : L'enfant : AIT MAHDI SOFIA

70.60x2

1) AUGMENTIN 100 mg /ml SIROP

1 DDP X3/J PDT 6J

141,20

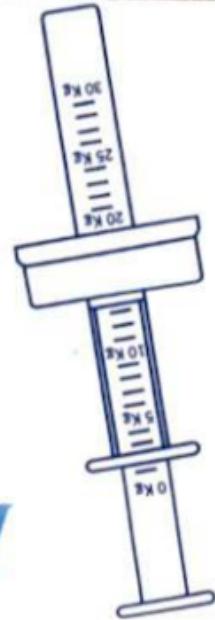


شارع المقاومة، الوحدة 98، الدروة

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

en flacon
suspension buvable
Poudre pour

enfant



100mg/12,50mg/1ml

AUGMENTIN

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN

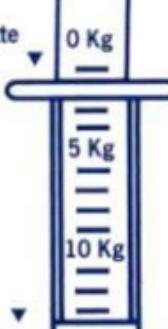
100mg/12,50mg/1ml

Piston

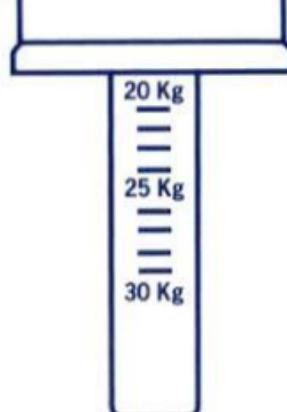


enfant

Collerette



Bague



◀ 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 : 650154
PER : 08/2024

Liste I. Uniquement sur ordonnance

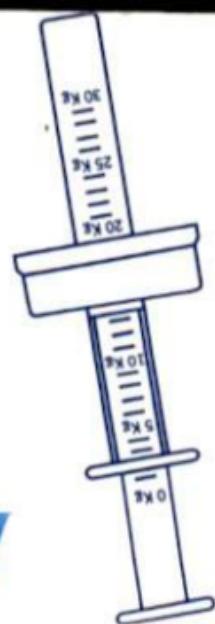
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

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

en flacon
suspension buvable
Poudre pour

enfant

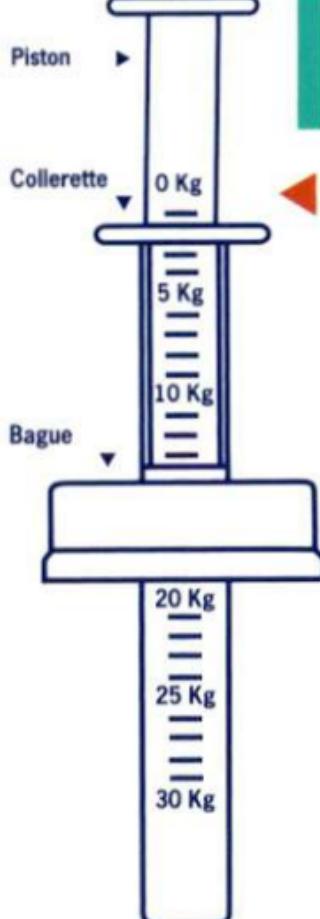


100mg/12,50mg/1ml

AUGMENTIN

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE

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: 650154
PER: 08/2024

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