

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 canaux, 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 canaux.

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° W21-713456

158136

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12481 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : BENOMAR RABIE
 Date de naissance : 02/01/1987
 Adresse : BD Ibn Tachfine Des AL MAJDA IMC Elg 3 Apt 12 Casablanca
 Tél. : 067744238 Total des frais engagés : 521,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Mohamed EL-HOTARI
 PEDIATRE
 Spécialiste diplômé de la Faculté de Paris
 75, Bd Al Massira Al Khadra-Casablanca
 Tél: 05 22 03 07 00 - 05 22 35 07 00
 Cachet du médecin :
 Date de consultation : 23 MARS 2023
 Nom et prénom du malade : BENOMAR Malak Age : 24/10/16
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : GASTRO-ENTERITE
 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 : 23 MARS 2023
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 23 MARS 2023 | C2 | 1 | 300,00 | INPE: 091053728 Dr. Mohamed EL-HOJARI PEDIATRE Spécialiste diplômé de la Faculté de Paris 75 Bd AL Moussir - Casablanca Tél: 01 23 21 57 00 - 01 23 21 57 34 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| Pharmacie Voyageur Bd. Bahmad, Angle Rue Abou Anbi Casablanca Tél: 022 24 88 15 | 23/03/23 | 221,90 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

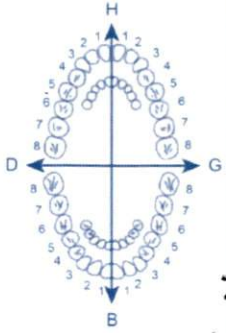
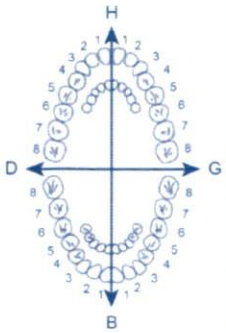
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|------------------|-------------------------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|--|-----------------------------|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX [] | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS [] | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION [] | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION [] | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX [] |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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

Docteur Mohamed El HOUARI

SPECIALISTE DIPLOME DE LA FACULTE DE

MEDECINE DE PARIS

PEDIATRE

Toxicologie et Pharmacologie Clinique

Asthme de l'enfant

Membre de la société Française

de Pédiatrie

SUR RENDEZ-VOUS

الدكتور محمد الهواري

خريج كلية الطب بباريز

اختصاصي في أمراض الأطفال

أمراض التسمم و بحث الأدوية

أمراض الربو للأطفال

عضو في الجمعية الفرنسية لطب الأطفال

بالموعد

23 MARS 2023

Casablanca, le

الدار البيضاء في

Benoumar Nabek

32.90

Flagyl sup 2 mesures

mat - midi et soir
7 jours

88.10

Phonfar sachets

1 sachet mat

midi et soir Tant que dure
la diarrhée

12.80

Doliprane 300 mg

sachets

رقم الحصة :

TIORFAN® 30mg
Boite de 30 sachets-dose
P.P.V. : 88.10 Dhs

مطبعة المسافرين
Pharmacie Gare Voyageur
Madame CHEFCHAOUNI
38, Bd, Bahmad, Angle Rue Abou Ab
EL JIRAOUN - Casablanca
Tél : 022 24 83 11

PPV 12DH89
PER 01/25
LOT M142

75 شارع المسيرة الخضراء - الدار البيضاء الهاتف : العيادة : 0522 99 57 38 / 0522 99 57 39

75, Bd Al Massira Al Khadra - Casablanca

Téléphone : C. : 05 22 99 57 38 / 05 22 99 57 39 - Fax : 05 22 99 57 40

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1

Ain Sebaa 20250 - Casablanca

ENTEROGERMINA 2 milliards du 5ml

Susp oral b10 fl 5ml

P.P.V. : 60DH00



6 118001 081653

à bocher toutes les 6
heures or fièvre

60,00

ENTEROGERMINA

à sucrer 3 fois par

8 heures

28,10

Vogeline Sup 100 cph

Lot :
EXP :
PPV (DH):

28,10

DR. MOHAMED EL-KOUARI
PEDIATRE
Spécialiste diplômé de la Faculté de Paris
75, Bd Al Massira Al Khadra-Casablanca
Tél: 05 22 99 57 33 - 05 22 99 57 37

T= 221,90

10 - 11, unites

avant chaque repas
ou vomissements

صيدلية محطة المسافرين
Pharmacie Gare Voyageur
Madame CHEFCHAOUNI
38, Bd, Bahmad, Angle Rue Abou Abi
El JIRAJ - Casablanca
Tél: 022.24.88.14

DR. MOHAMED EL-KOUARI
PEDIATRE
Spécialiste diplômé de la Faculté de Paris
75, Bd Al Massira Al Khadra-Casablanca
Tél: 05 22 99 57 33 - 05 22 99 57 37