

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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° W21-726037

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 79936		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : LAAMOURI MAROUANE			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0661968964		Total des frais engagés : 834,60 Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 			
Date de consultation : 10/06/2023			
Nom et prénom du malade : LAAMOURI MAROUANE			
Age: <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	
Nature de la maladie : Affect. ORL			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : R			
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 : CASA

Le : 01/06/2023

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
1/6/2023			€ 250,00	INP : 00000000000000000000000000000000 Dr. Amal Dabbagh Pédiatre El Mour - Casablanca 0663-5720

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
SABAH KHALIL KHENI Pharmacien n° 522 97 sous licence 522 97	1/6/23	584,60

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

VIOLET ADURRANT



Cabinet Dr. Amal DAMIR

عيادة الدكتورة أمال دمیر

Pédiatre

Spécialiste des maladies des Enfants

Nourrissons, Nouveaux-nés

Allergologue

Asthme et allergie des enfants

اختصاصية في أمراض

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1.

Ain Sébaâ 20250 - Casablanca

OROKEN 100MG/5ML GR P OR FL40ML

P.P.V. : 119DH30

لأطفال



6 118001 080052

الدار البيضاء في :

6 118001 080052

01.06.2023

Casablanca, le :

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1.

Ain Sébaâ Casablanca

Oroken 100mg/5ml

gr fl 40 ml

P.P.V. : 119,30 DH



6 118001 080052

الدار البيضاء في :

6 118001 080052

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1.

Ain Sébaâ Casablanca

OROKEN 100MG/5ML GR P OR FL40ML

P.P.V. : 119DH30



6 118001 080052

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1.

Ain Sébaâ Casablanca

Oroken 100mg/5ml

gr fl 40 ml

P.P.V. : 119,30 DH



6 118001 080052

الدار البيضاء في :

6 118001 080052

Enfant LAAMOURI Mehdi

Age : 6 ans 3 mois

Poids : 23,00 Kg

1- ORELOX SUSP BUVABLE ENFANT:100ML

une dose de poids, deux fois par jour pendant 8 jours

2- BIOMYLASE SIROP

Prendre 2 cuillerées à café le matin, à midi et le soir, pendant 15 jours.

3- NODOL-FEN SUSPENSION

Prendre 1 dose-kg le matin, à midi et le soir, pendant 5 jours.

4- DR.ROUGIER SIROP ENFANT NEZ ET GORGE

1 càc le matin, à midi et le soir, pendant 8 jours.

5- ZADRYL SUSPENSION

5 ml le matin et le soir, pendant 4 mois

584160

MACIE SABAH EL KHEIR
Sabah KHACHAB
Pharmacienne
20, Lot. Sabrine, Rte Sidi Maârouf
Casablanca
Tél. 0522 97 52 00

Dr. Amal DAMIR
Pédiatre
Bd. Abou Bakr El Kadiri
Lotissement Haddiouï N° 497, Sidi
Maârouf
Tél. 05 22 33 57 20

40,00

PPV 119DH30

40,00

Flacon de 60 ml

27740

المرجو احترام وصفة طبيبكم

Bd. Abou Bakr El Kadiri, Lotissement Haddiouï N° 497, Sidi
ي تجربة الحديدي الرقم 497 سيدى معروفة الدار البيضاء

Tél.: 05 22 33 57 20 - GSM : 06 61 09 74 40 - الهاتف : E-mail : damirama