

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° W21-726037

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 72936 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : LAAMOURI MAROUANE

Date de naissance : 16/07/94

Adresse :

Tél. : 0661 968 964 Total des frais engagés : 834,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Amal BAKIR Pédiatre Abou Bakr El Kadiri Lot. Hadid Casablanca 05 22 22 33 57 20

Date de consultation : 1/06/2023

Nom et prénom du malade : LAAMOURI Melchi

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Affection ORL

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 : CASA

Le : 01/06/2023

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
11/6/2023		2	25084	INP : 084521013

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie SABAH KHACHEN 20, Lot. Sidi Maouf Casablanca 20100 Tél: 33 522 97 70 04	11/6/23	584,60

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 : <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. PROTHESES DENTAIRES	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>D</td> <td>G</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> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Cabinet Dr. Amal DAMIR

عيادة الدكتورة أمال ضمير

Pédiatre
Spécialiste des maladies des Enfants
Nourrissons, Nouveaux-nés
Allergologue
Asthme et allergie des enfants

01.06.2023

Casablanca, le :

اختصاصية في أمراض

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1

Ain Sebaa 20250 - Casablanca

OROKEN 100MG/5ML GR P OR FL40ML

P.P.V. : 119DH30



6 118001 080052

الدار البيضاء في :

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

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1

Ain Sebaa 20250 - Casablanca

Oroken 100mg/6ml

gr fl 40 ml

P.P.V. : 119,30 DH



6 118001 080052

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1

Ain Sebaa 20250 - 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 Sebaa Casablanca

Oroken 100mg/6ml

gr fl 40 ml

P.P.V. : 119,30 DH



6 118001 080052

584160
PHARMACIE SABAH EL KHEIR
Sabah KHACHAB
Pharmacienne
20, Lot. Sabrine, Rte Sidi Maârouf
Casablanca - Tél: 0522 97 40 40

Dr. Amal DAMIR
Pédiatre
Bd. Abou Bakr El Kadiri
No 497 Sidi Maârouf
Tél: 05 22 33 57 20

المرجو إحترام وصفة طبيبك

Bd, Abou Bakr El Kadiri, Lotissement Haddioui N° 497, Sidi

ي تجزئة الحديوي الرقم 497 سيدي معروف الدار البيضاء

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

Flacon de 60 ml