

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 ce 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.



Déclaration de Maladie

N° W21-794947

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 13338		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	169053
Nom & Prénom : FAIK Farah			
Date de naissance : 15/11/1996			
Adresse : Haydalla Meriem Bloc C NR 245 Béjaia			
Tél. : 06-64-03-09-66	Total des frais engagés : 713,4 Dh		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Bebe MOUKA 24

Age : 24

Lien de parenté :

Nature de la maladie : Dely ACHOUR

Enfant

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Dely ACHOUR

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'atté médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 09/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :



BELEVE 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
16/14/15		je	50 400,00	INP : 091000000000000000 Dr. LAHOUSSAYE, Rasibell 31-1834 Pédiatre 15, Avenue Hassam 110013 tel.: 0522 27 87 88 / 0522 31 26 04 fax: 05 22 20 74 04



EXECUTION DES ORDONNANCES

Date	Montant de la Facture
16/04/83	343,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

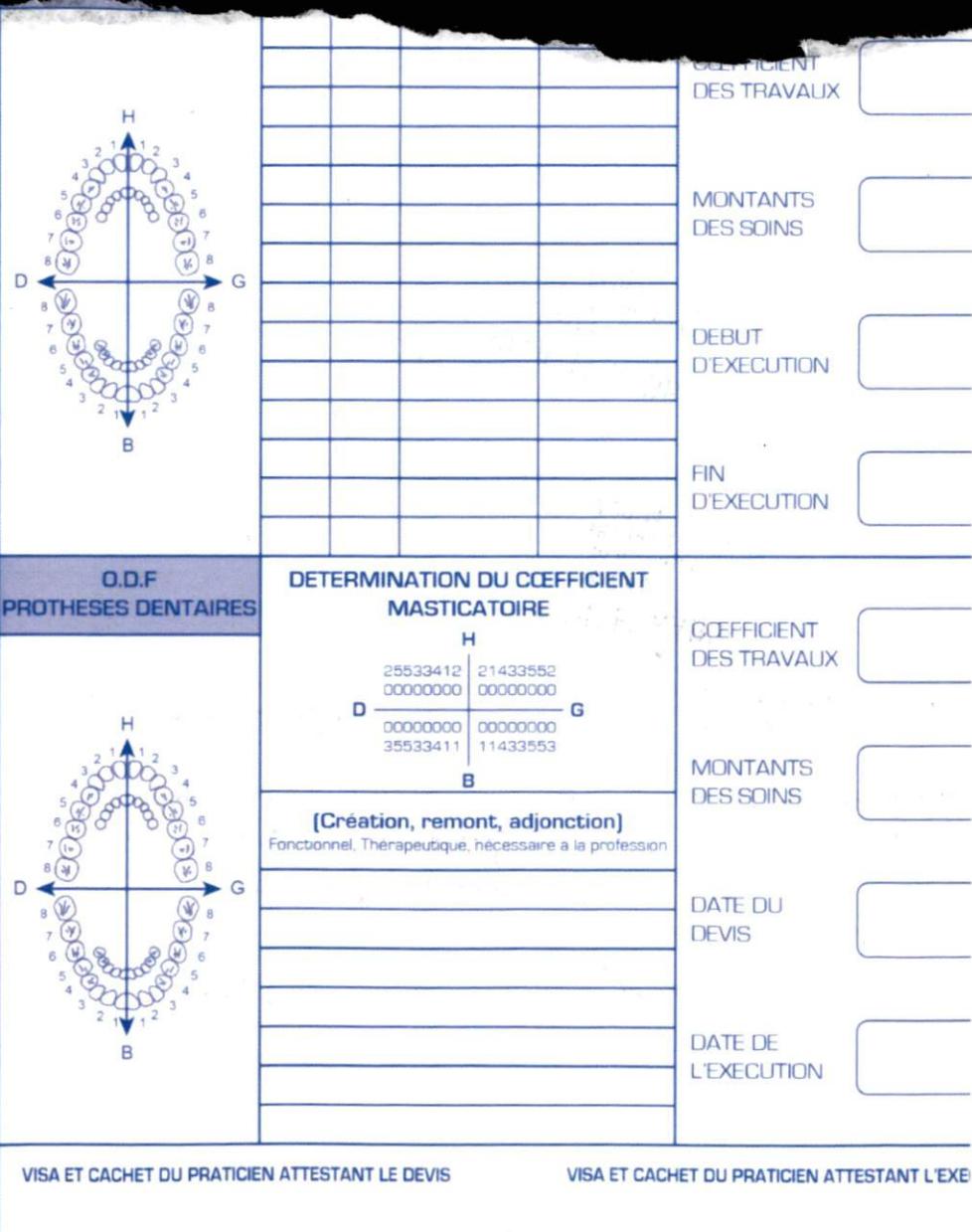
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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



104

Casablanca le,

16/14/23

BEBE

NOKRIN

26,00

TOBREX

1 gouttes, 3 fois par jour (pendant 8 jours)

148,00

BACTOSPRAY

Soins du cordon à chaque change (pendant 8 jours)

30,00

EOSINE AQUEUSE 2 %

soins du cordon à chaque change (pendant 8 jours)

120,00

KONAKION, PED

1 ampoule par semaine (pendant 4 semaines)

15,00

COMPRESSES STERILS

LAIT

(S.V.)

(S.P.)

(S.P.)

313,00

45, Avenue Hassan II - Casablanca



Dr S. LAHLOU EL KABBAJ,
Pédiatre
45, Avenue Hassan II, Casablanca
Tél. : 05 22 27 87 88

45، شارع الحسن الثاني - الدار البيضاء

العيادة : Tél. C. : 05 22 27 87 88

فاكس : Fax : 05 22 20 74 04

المستعجلات : Urgence: 06 61 31 28 38

BACTOSPRAY

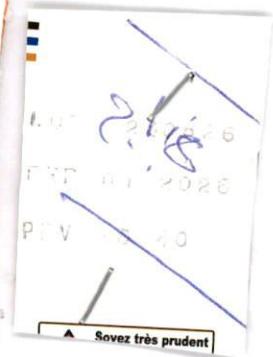
LOT: PF2301007

EXP: 01/2026

PPC: 148.00DH

125 ml

Distribué par :
Laboratoire ADDAX MAROC
Avenue Stendhal, RES. BENBER
Casablanca - MAROC
www.addaxmaroc.com



GTIN (01) 04260095681805
EXP 07/2025
Lot F3125F02
MFD 07/2022
SN K16815V4TTAKYWC



Casablanca, le : 16/4/23

NOTE D'HONORAIRES

La clinique Yasmine

Prie M. NOKIRY

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués et lui présente
suivant l'usage sa note d'honoraires pour

S'élevant à la somme de 34 Dhs.

Dr S. LAHIOU EL KABBAJ,
Pédiatre
45, Avenue Hassan II - Casablanca
Tél : 05 22 27 87 88