

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

M23-0018636

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12481 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 175686
 Nom & Prénom : BENDHAR RABIE
 Date de naissance : 02/01/1984
 Adresse : BD Ibn Tachfine RD AL MJD1
 Imc etg 3 Apt 12 A.B Casablanca
 Tél. : 06 75 74 4239 Total des frais engagés : 507,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. Mohamed EL-HOUARI**
 PEDIATRE
 Spécialiste diplômé de la Faculté de Paris
 5, Bd Al Massira Al Khadra-Casablanca
 05 22 99 57 19
 Date de consultation : 18 SEP 2023
 Nom et prénom du malade : BENDHAR RABIE Age : 050623
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Bronchite
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : Casablanca Signature de l'adhérent(e) : Le : 18 SEP 2023

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
18 SEP 2023	C 2	1	3000 LTA	Dr. Mohamed EL-EOUA PEDIATRE Spécialiste diplômé de la Faculté de Pa 75, Bd Al Massira Al Khadra-Casablan T. 021 2 555330 / 555331

Dr. Mohamed EL-KOUARI
PEDIATRE
Spécialiste diplômé de la Faculté de Paris
75, Bd Al Massira Al Khadra-Casablanca
Tél. 05 22 39 57 39

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/09/23	201,90

207, 93

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

11 6 8

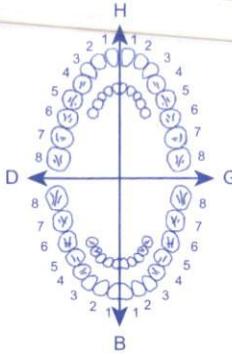
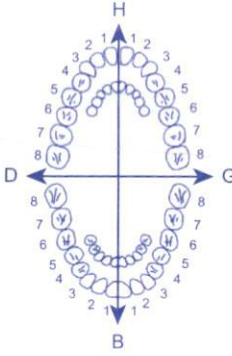
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

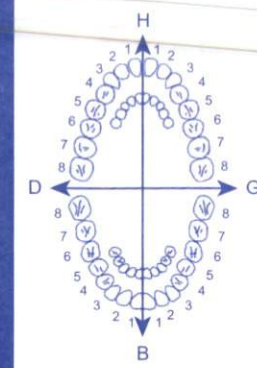
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 </div> </div>				
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>	
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>	
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>	
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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	
					Coefficient des Travaux
					Montants des Soins
					Debut d'Execution
					Fin d'Execution



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

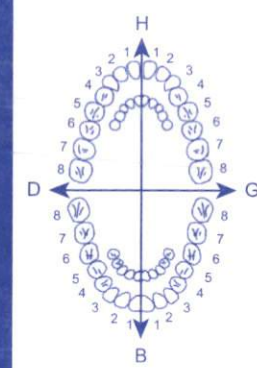
	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D		G
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram shows a dental arch with teeth numbered 1 to 8 on both sides. The top arch is labeled 'H' at the center and 'D' on the left. The bottom arch is labeled 'B' at the center and 'G' on the right. The teeth are arranged in a semi-circle, with the central incisors at the top and bottom. The numbering is as follows: Top arch (left to right): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8. Bottom arch (right to left): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8.

	<div><div>H</div><table><tr><td>25533412 00000000</td><td>21433552 00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000 35533411</td><td>00000000 11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table></div>	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		
25533412 00000000	21433552 00000000									
D	G									
00000000 35533411	00000000 11433553									
B										
	<div><div>(Création, remont, adjonction)</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>									

Coefficient des Travaux	
Montants des Soins	
Date du Devis	
Date de l'exécution	



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

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1

Ain Sebaâ 20250 - Casablanca

OROKEN 40MG/5ML GR P OR FL40

P.P.V. : 70DH60



sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1

Ain Sebaâ 20250 - Casablanca

OROKEN 40MG/5ML GR P OR FL40

P.P.V. : 70DH60



société Franciase

édiatrie

IDEZ-VOUS

Casablanca, le

18 SEP. 2023

الدكتور محمد الهواري

خريج كلية الطب بباريز

اختصاصي في أمراض الأطفال

أمراض التسمم وبحث الأدوية

أمراض الربو للأطفال

عضو في الجمعية الفرنسية لطب الأطفال

بالموعد

الدار البيضاء في

Bewlier Jaid

Owken 40 2 glucos

Dose 1/2 kg met et son

Behastene gouttes 8 jours

70 gouttes 1 fois / jour

pendant 5 jours

Cofne Picedal 100 1 su/w

met et son tout le
une la 7ours

75 شارع المسيرة الخضراء - الدار البيضاء الهاتف : 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

19.00

NURU DOL Lays



Dose de 7 kg toutes
les 6 heures en fièvre

✓
207.90

Pharmacie Gare Voyageur
Madame CHEFCHAOUNI
Bd. Bahmad, Angle Rue Abou Abd
JAWAD - Casablanca
Tél: 05 22 99 57 39


Dr. Mohamed EL-HOUARI
PEINATHE
Spécialiste diplômé de la Faculté de Paris
15, Bd. El-Messira Al Khadra-Casablanca
Tél: 05 22 99 57 39 - 05 22 99 57 39