

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-728199

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10917 Société : 177035

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : CHABDIARY SAÏD

Date de naissance : 31/03/1993

Adresse : 58 Rue Hmam Fais Raïf As-sabla

Tél. : 0661-28-54-69 Total des frais engagés :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Stamp: MUPRAS, 21-SEP-2023, ACCUEIL]

Date de consultation : 15/08/23

Nom et prénom du malade : CHABDIARY Youssef

Age : 30

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

Nature de la maladie : Nautisme

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'att. 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

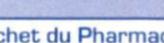
Adresses Mails utiles

- 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.

[illegible]

091009160

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/09/2023	908,00

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.**

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

SENTENCES

A diagram of a circular chromosome with a centromere. The chromosome is divided into two arms by the centromere. Each arm is marked with a vertical axis labeled 1 to 8, representing the banding pattern. The top arm is labeled 'H' at the centromere and 'D' at the top. The bottom arm is labeled 'B' at the centromere and 'D' at the bottom. The chromosome is shown in a circular arrangement with a central centromere.

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a semi-circular arch with 16 piers. The piers are numbered 1 through 8 on both the left and right sides, starting from the center and moving outwards. The top of the arch is labeled 'H' and the bottom is labeled 'B'. The left side of the bridge is labeled 'D' and the right side is labeled 'G'.

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier and two side piers. The piers are numbered 1 through 8. The central pier is labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. The side piers are labeled 'D' on the left and 'C' on the right. The bridge is shown in a perspective view, with the arch curving upwards. The piers are arranged in a semi-circle, with the central pier at the top and the side piers at the bottom. The bridge is shown in a perspective view, with the arch curving upwards. The piers are arranged in a semi-circle, with the central pier at the top and the side piers at the bottom.

Traitées

Soins

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

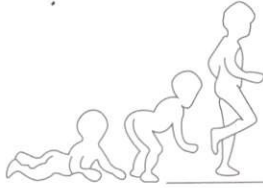
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Docteur Khalid AMAR

Pédiatre

Spécialiste de l'Asthme
et des maladies allergiques
de l'enfant



الدكتور خالد عمار

إختصاصي في أمراض الطفل
أمراض الحساسية عند الطفل
مرض الربو (الضيقة)

Casablanca le16/09/2023..... في الدار البيضاء

Enfant Yasmine CHETOUANY

Age : 17 ans

Poids : 68,000 kg

832,00
576,00
1) ADACEL-POLIO 0.5 ML SERINGUE PRE-REMPLIE

1 boîte

2) MENACTRA SOL INJ

1 boîte

صيدلية الزاوية
PHARMACIE ARRAEFA
Ahmed Oualid BELLAOUCHI
Docteur en Pharmacie
46, Allée des CASURINAS - Ain Sebaa - Casablanca
(Pres Clinique Ain Sebaa - Douar Khasabene)
Tél.: 05 22 35 27 40

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaa Casablanca
ADACEL POLIO SUSP INJ
B1 SER
P.P.V : 332,00 DH



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaa Casablanca
MENACTRA 0,6 ML SOL
INJ 1FL
PPV : 576,00 DH



72 شارع الزرقطوني الطابق الرابع. الرقم 12. (قرب سوق الورود). الدار البيضاء
72, Bd Zerkoutouni. 4^{ème} Etage, N° 12 (en face du marché aux fleurs) - Casablanca
Tél.: 0522 47 45 72 - G.S.M : 0661 41 15 87 - E-mail : dr.amarkhalid.cabinet@gmail.com