

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.

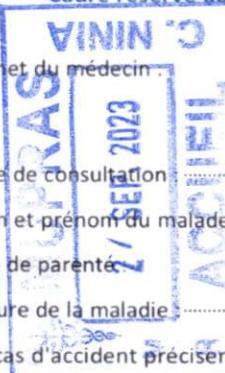
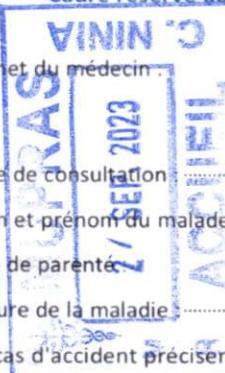
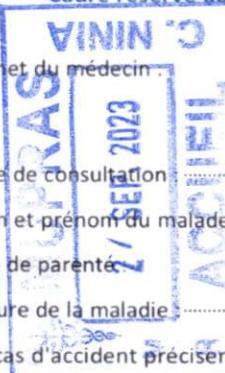
Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique																
Cadre réservé à l'adhérent(e)																		
Matricule : <u>10917</u>																		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :																
Nom & Prénom : <u>CHETOUANY SAID</u>																		
Date de naissance : <u>31/03/1973</u>																		
Adresse : <u>58, Rue Ibn El Faris, Taxisif Casab</u>																		
Tél. : <u>0661 28 54 69</u>																		
Total des frais engagés :																		
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Cadre réservé au Médecin</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Cachet du médecin : </td> </tr> <tr> <td>Date de consultation :</td> <td><u>10 / 05 / 2023</u></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Nom et prénom du malade : <u>CHETOUANY SAID</u></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Nature de la maladie : <u>rhume</u></td> </tr> <tr> <td colspan="2">En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attédocteur conseil de la Mutuelle.</td> </tr> </table>			Cadre réservé au Médecin		Cachet du médecin : 		Date de consultation :	<u>10 / 05 / 2023</u>	Nom et prénom du malade : <u>CHETOUANY SAID</u>		Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint		Nature de la maladie : <u>rhume</u>		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'attédocteur conseil de la Mutuelle.	
Cadre réservé au Médecin																		
Cachet du médecin : 																		
Date de consultation :	<u>10 / 05 / 2023</u>																	
Nom et prénom du malade : <u>CHETOUANY SAID</u>																		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint																		
Nature de la maladie : <u>rhume</u>																		
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'attédocteur 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) : 

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
16/09/2023	G		250.000	INP : 09/10/2023 Signature : Dr. A. B. C. N° de la carte : 12345678901234567890

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
 CACHET DU PHARMACIEN DU MARCHÉ DE LA PHARMACIE DU FOURNISSEUR	16/09/2023	332,00
 PHARMACIE VELODROME BENJELLOUN Salma Docteur en Pharmacie	16/09/2023	721,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

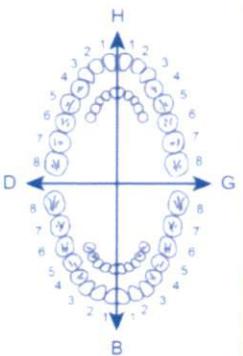
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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.

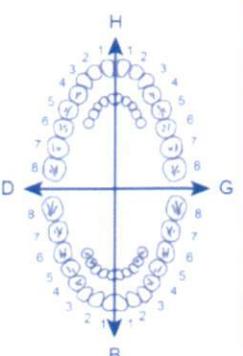


O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
D	G
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



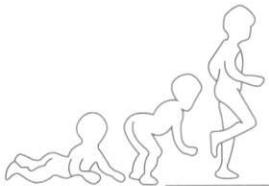
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Docteur Khalid AMAR

Pédiatre

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



الدكتور خالد عمار

إخلاصي في أمراض الطفل
أمراض الحساسية عند الطفل
مرض الربو (الضيق)

Casablanca le 16/09/2023 الدار البيضاء، في

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

6 118001 082162

Enfant Zineb CHETOUANY

Age : 11 ans et 5 mois Poids : 65,000 kg

MS.07
1) AVAMYS27.5MCG/PULV FL120DOSES

Faire 1 pulvérisation le soir, pendant 2 mois

1 boite

303.00 + 2
2) SINGULAIR (5MG) CP

1 COMPRIME le soir, pendant 2 mois

1 boite

33293
3) ADACEL-POLIO 0.5 ML SERINGUE PRE-REMPPLIE

1 boite

721.00
Pharmacie VELODROME
BENJELLOUN Salma

Docteur en Pharmacie
16, Rond Point des Sports
Casablanca - Tél: 0522 36 20 65

PHARMACIE ARRABEA
Ahmed Deballi BELLAOUCH
Docteur en Pharmacie
46, Allée des CASURINAS - Ain sebaâ - Casablanca
(Plus Clinique Ain sebaâ - Dr. Deballi)
Tél: 05 22 33 27 12

Pharmacie VELODROME
BENJELLOUN Salma
Docteur en Pharmacie
16, Rond Point des Sports
Casablanca - Tél: 0522 36 20 65

ID: 651887
GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV:115,00 DH
6 118001 142262



شارع الزرقطوني الطابق الرابع. الرقم 12. (قرب سوق الورود). الدار البيضاء 72

72, Bd Zerkouni. 4^{eme} 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.amarhalid.cabinet@gmail.com