

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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° W21-812927

A = 74772

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 125114		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AIT MAHDI LAHCEN			
Date de naissance : 16/06/84			
Adresse : La perle de nouaïer 2 imm 6 APP 1D			
Tél. : 06 74 69 15 26	Total des frais engagés : 870,00 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	Dr. FOUISSI MOUNIA Pédiatre Av. de la Resistance, El Wahda F. N 93 Dakar. Tel: 0522 51 42 50 E-mail: mouniafouissi@gmail.com
Cachet du médecin	
Date de consultation :	18/09/2023
Nom et prénom du malade :	AIT MAHDI LAHCEN
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	Asthma
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	11 OCT 2023
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 : CASABLANCA

Le : 06/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

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
18/09/23	0	200,00 M	INP : 111198791 INPE : 0671198791 Dr. FOUISSI MOUNA Pédiatre SIDI EL HADJ N° 33 TÉL : 0524 42 38 00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. Koutoub Hafidz Pharmacie Tél : 05 56 53 72 92	18.09.23	 Montant de la Facture Dr. Koutoub Hafidz Pharmaciene Tél : 05 56 53 72 92 18.09.23 440,00

DAI	ANALYSTE
Ref.	
CENTRAL D'ANALYSES DISCIPLINAIRES	
Cachet de signature du radiologue	
Laboratoire central multidisciplinaire	
Assessment par KARRAT	
03225152181068163	
18.0	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
18.09.23	B.C.200	230,00 DT

16161 Deroual

AUXILIAIRES MEDICAUX

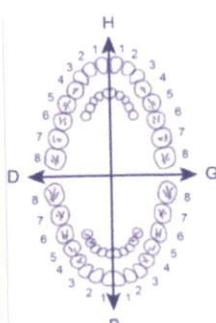
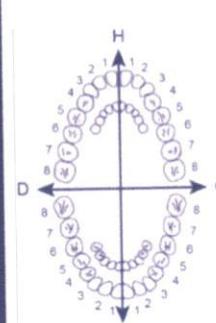
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

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 canalaires, 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													
		<p style="text-align: center;">H</p> <table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">G</p> <p style="text-align: center;">B</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
25533412	21433552														
00000000	00000000														
<hr/>															
00000000	00000000														
35533411	11433553														
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															

Dr.FOUISSI MOUNIA
Pédiatre

Ancienne Résidente du CHU Ibn Rochd
Diplômée de la Faculté de Médecine et de
la Pharmacie de Casablanca



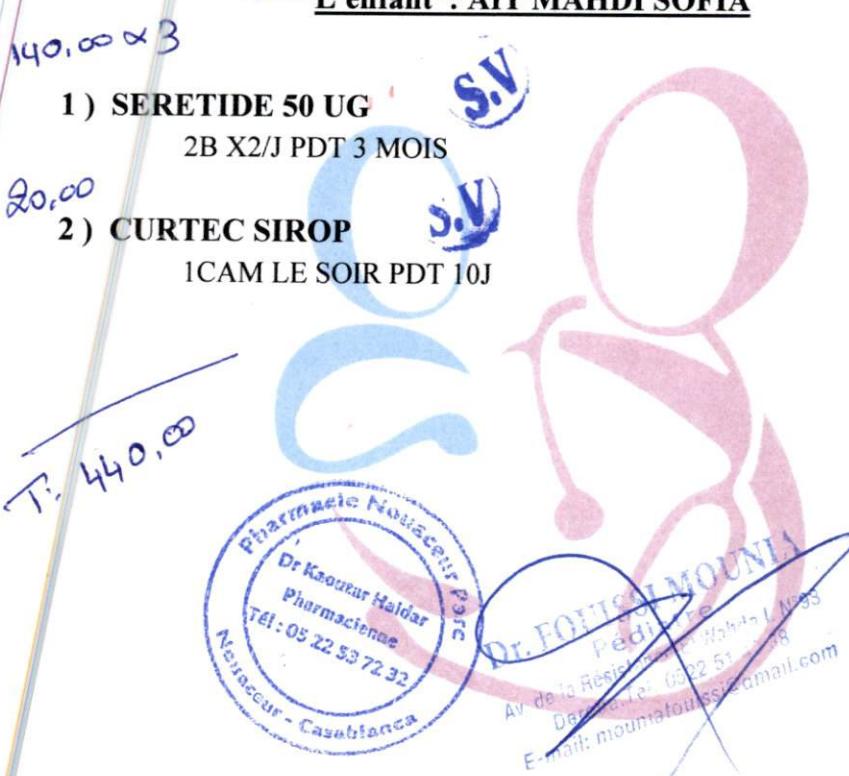
د. الفويسلي مونية
اختصاصية في أمراض الأطفال والرضع
طبيبة مقيمة سابقاً بمستشفى ابن رشد للأطفال
خريجة كلية الطب
والصيدلة بالدار البيضاء.

Le : 18/09/2023

Age :
Poids : 13,80

Nom : L'enfant : AIT MAHDI SOFIA

- 1) SERETIDE 50 UG
2B X2/J PDT 3 MOIS
- 2) CURTEC SIROP
1CAM LE SOIR PDT 10J



شارع المقاومة، الوحدة A الرقم 98. الدروة

Avenue de la résistance, El Wahda I, N° 98 Deroua (En face ONE Deroua)
Tél.: 05 22 51 42 88 - Urg : 06 65 07 00 05 - E-mail : mouniafouissi@gmail.com

50

microg/actuation
25 microg actuation par dose

SERETIDE

propionate de fluticasone/
salmétérol

ID:652046

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV: 140,00 DH

6 118001 141852

50

microg/actuation
25 microg actuation par dose

SERETIDE

propionate de fluticasone/
salmétérol

ID:652046

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV: 140,00 DH

6 118001 141852

50

microg/actuation
25 microg actuation par dose

SERETIDE

propionate de fluticasone/
salmétérol

ID:652046

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV: 140,00 DH

6 118001 141852

Curtec®

Cétirizine (dichlorhydrate) 1 mg / ml

Solution buvable 60 ml



PPV:20DH00

PER: 05/26

LOT: M1529

Lire attentivement la notice avant utilisation

يرجى مراجعة النشرة بتمعن قبل أي استعمال

A TENIR HORS DE LA PORTÉE DES ENFANTS

يحفظ بعيداً عن مرئي ومتناول الأطفال

A conserver à une température inférieure à 30°C.

يحفظ في درجة حرارة أقل من 30 درجة مئوية.

AMM N° 301/17 DMP/21/NRQ

احترموا الجرعات المحددة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

جدول س (الائحة II)

TABLEAU C (LISTE II).

100122

08/22

Dr.FOUISSI MOUNIA
Pédiatre

Ancienne Résidente du CHU Ibn Rochd
Diplômée de la Faculté de Médecine et de
la Pharmacie de Casablanca



د. الفويسى مونية
اختصاصية في أمراض الأطفال والرضع
طبيبة مقيمة سابقاً بمستشفى ابن رشد للأطفال
خريجة كلية الطب
والصيدلة بالدار البيضاء.

Le : 18/09/23

Age :

Poids :

Nom : Sofia Ait Mahdi

LABORATOIRE CENTRAL D'ANALYSES
MÉDICALES PLURIDISCIPLINAIRES
Dr Jawad KARRAT
Bat. C, Lottissement Annajah, Deroua
Tél.: 05 22 51 42 88 / 0667 67 67 11

Anti-cryptosporidium
IgA
- recherche d'IgG d'IgA
dans le selle

Dr. FOUISSI MOUNIA
Av. de la résistance El Wahda I N° 98
Deroua - Casablanca - 0522 51 42 88
E-mail : mouniafouissi@gmail.com

شارع المقاومة، الوحدة 1 الرقم 98. الدروة

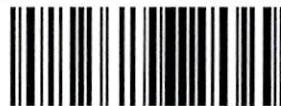
Avenue de la résistance, El Wahda I, N° 98 Deroua (En face ONE Deroua)
Tél.: 05 22 51 42 88 - Urg : 06 65 07 00 05 - E-mail : mouniafouissi@gmail.com

LABORATOIRE CENTRAL DEROUA

Résidence Sakane Deroua Batiment C RDC Local 10 Lotissement Annajah DEROUA
Tél : +212 5 22 51 52 18 – Mail : contact@laboratoirecentral.ma

FACTURE N° : 230006028

INPE :



063064505

DEROUA le 18-09-2023

Enfant AIT MAHDI Sofia

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
	Recherche de Hélicobacter Pylori dans les selles	B200

Total des B : 200

TOTAL DOSSIER : 230.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cent trente dirhams .

LABORATOIRE CENTRAL D'ANALYSES
MÉDICALES PLURIDISCIPLINAIRES
Dr Jawad KARRAT
Bat. C, Lotissement Annajah, Deroua
Tel.. 0522 51 52 18 / 0667 87 67 11

ICE : 002866635000065 IF : 50375591



Numéro de demande : 20230918056

Code patient : 20220627038



Résultat d'analyse : **Enfant AIT MAHDI Sofia**

Né(e) le 04-06-2019, âgé(e) de 4 ans

Prélèvement du **18-09-2023 à 18:14**

Prescripteur : Dr FOUSSI MOUNIA

Résultats

Normes

Antécédents

BACTERIOLOGIE

Recherche de Hélicobacter Pylori dans les selles

Date du recueil 27-09-2023

Recherche : Négative

Page 1 / 1

Validé par : Dr. Karrat Jawad

LABORATOIRE CENTRAL D'ANALYSES
MEDICALES PLURIDISCIPLINAIRES

Résidence sakane deroua batiment C RDC local 10 lotissement annajah deroua

Email : contact@laboratoirecentral.ma Web : laboratoirecentral.ma Tél : +212 5 22 51 52 18 GSM : +212 66 67 67 11

CNSS : 2690723 RC : 15485 ICE : 002866635000065 IF : 50375591 PATENTE : 55801862