

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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



Declaration de Maladie

N° W21-817593

Concier

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12200 Société : CAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LOUZA KADID

Date de naissance : 27/06/2002

Adresse :

Tél. : 066153647 Total des frais engagés : 730 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. HANINE DRISS
Chirurgien Pédiatre
Bd Hassan II, Imm 7, Appt 10 SETTAT
INPE: 061273314

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/10/2023

Nom et prénom du malade : LOUZA KINAN Age : 2 ans

Lien de parenté : ☐ Mère ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie :

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 à : SETTAT Le : 02/10/2023

Signature de l'adhérent(e) : *LOUZA KINAN*

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-817593

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
07.10.23	C2		300.000 DHS	INP : 061273314
				DR. HANINE DRISS
				Chirurgien Pédiatre
				Imm 7. Appt 10 SETTAT

DR. HANINE DRISS
Chirurgien Pédiatre
Bd Hassan II, Imm 7, Apt 10 SETTAT
INPE: 061273314

PHARMACIE MOTAOUAKKIL الصيدلانية المتواكيل Cachet du Pharmacien Saadia MOTAOUAKKIL 9, Bd.Hassan II Settat Tél: 05 23 72 36 19		EXECUTION DES ORDONNANCES INPE: 061273514	
Date	Montant de la Facture		
07/10/13	430,90 m		

[illegible][illegible]

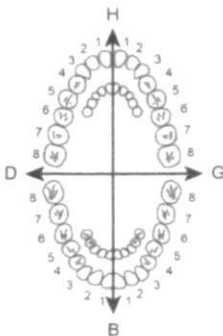
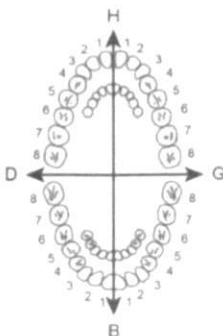
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RÉLEVÉ 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'O.D.F.

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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP :

--	--	--	--	--	--	--	--

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Driss HANINE

Chirurgien Pédiatre

Lauréat des Facultés de Médecine
de Rabat et Casablanca
Diplômé de la Faculté de Médecine
de Paris - France

Coelioscopie
Echographie - Radiologie



Dr. HANINE
Chirurgien Pédiatre



الدكتور ادريس حنين
طبيب جراح اطفال

خريج كليتي الطب
بالرباط و الدار البيضاء
خريج كلية الطب بباريس - فرنسا

الجراحة بالمنظار
الفحص بالمصدى - الرانديو

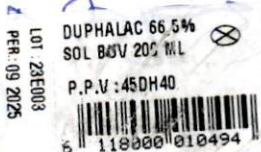
ORDONNANCE

Settat, le:

07/12/23

سطات :

(Handwritten medical notes in Arabic and French, including prescriptions and patient information, with various stamps and signatures.)



DR. HANINE DRISS
Chirurgien Pédiatre
Bd Hassan II, Imm 7, Apt 10, SETTAT
INPE: 061273314

☎ 0523405574

☎ 0600616876

✉ dr.driss.hanine@gmail.com

Adresse : Bd Hassan II, Immeuble Boutaleb 7, 4^{ème} Etg, Apt 10, Settat

العنوان : شارع الحسن الثاني، عمارة بوطالب رقم 7، الطابق الرابع، شقة 10، سطات

à conserver à température ambiante

CARMINEX SIROP
LOT: 1360822
EXP: 08/2025
PPC: 59.60 Dhs

VERZOL®
albendazole
Suspension buvable

LOT: 23126
PER: 06/2025
PPV: 22,50 DH

VERZOL®
albendazole
Suspension buvable

LOT: 23126
PER: 06/2025
PPV: 22,50 DH

VERZOL®
albendazole
Suspension buvable

LOT: 23126
PER: 06/2025
PPV: 22,50 DH

LOT

230497



2026/06

PPC: 79,50dh

LOT

230497



2026/06

PPC: 79,50dh

Lot:

124532

Date de Fab:

06.2022

Date de Pér:

06.2024

PPC: 99 Dhs