

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

- 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.

N° W21-816565

182158

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 6462	Société : RAN		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	LARAQUI Houssaini Duisse
Nom & Prénom : LARAQUI Houssaini Duisse			
Date de naissance : 07/08/1966			
Adresse : 3 lot Karam B ^d California - Casa rae			
Tél. : 0661 33 50 07 Total des frais engagés : 822,50 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/10/2023

Nom et prénom du malade : LARAQUI LINA

Lien de parenté : Lui-même 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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 10/11/2023



VOLET ADHÉRENT

RELEVE 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
03/10/2023	Signature	# 30.0		INP : 091089615 Dr. Lotfi LAHLAU PEDIATRE 175, Rue Boukrââ Angle Bd. May Youssel Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MEXICO 21/10/23	21 OCT 2023 21/10/23	332,00 DH 190,51

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

VOLET ADHERENT

RELEVE 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 (Leave blank)	Nature des Soins (Leave blank)	Coefficient (Leave blank)	INP : <input type="text"/> / <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"/>													
ODF PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
B	00000000	00000000															
G	35533411	11433553															
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															



Casablanca, le : 21. 10. 23.

Nom - Prénom : LINA LARAQUI
Poids :

- SS.00
① ~~Amoxic 1g cp~~ AS
Icp: Net S x 6 g
- 101.00
② ~~Phy siumer spray nasal~~ AS
2 pulv a 25 AS
- 86.50
③ ~~vitc cp effervescent~~ 18
Icp de Natin x 6 g
- 119.00
④ ~~Abacal polio (1)~~ AS

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.A.
Ain sebâ Casablanca
ADACEL POLIO SUSP INJ
B1 SER P.P.V : 332.00 DH
Barcode: 5 113001 082162

PHARMACIE JABOUD
MES
73
RUE SOUDRA
Tél: 0522 44 22 22 CASABLANCA

Docteur Leila LAHOU BERRADA
PEDIATRE
175, Rue Boukraa Angle Bd.
Moulay Youssef - Casablanca
al: 022 27 66 33 / 34

إقامة جاسم - 175 زنقة بوكراع الطابق الأول - زاوية شارع مولاي يوسف - الدار البيضاء - قرب مستشفى مولاي يوسف
Résidence Jassim Houssam - 175, Rue Boukraa - Angle Bd My Youssef - 1er Etage - Casablanca - en face de l'Hôpital My Youssef (ex Sidi Soufi)
Tél: 05 22 27 66 33 - Urgences : 0 6 61 16 60 57 - E-mail : leilalahlouberrada@gmail.com

يحفظ بعيداً عن متناول ومرأى الأطفال
هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

A mettre préalablement
dans un demi verre d'eau
avant ingestion

ناتية للفرص في كوب من الماء وحرك الخليط

PPV: 55,00 DH
LOT: 647350
PER: 02/23

AMOXIL 1g
12 comprimés dispersibles

6 118000 160038



IMPORTED
& DISTRIBUTED BY:
S.I.C.
Bldg n°56 - Street 10/
Maadi - Cairo - EGY
Registration n° 156/20/01

BOTTU SA
PPC : 109 DH 00

3 564300 001039

PHYSIOMER®

Adults
Children Age 2 +

Nasal Spray
Decongestant

Hypertonic

VITAMINE C 1g
Boîte de 20 comprimés effervescents

PPV: 26,50 DH

6 118000 190936

Composition :

Acide ascorbique 1000 mg
Excipients q.s.p 1 comprimé effervescent.
Excipients à effet notoire : E110, saccharose, sodium,
Boîte de 20 comprimés effervescents.

AMM N°: 571R1/18DMP/21/NRQ

Dr Maria MAFTOUH
Pharmacien Responsable

يحفظ بعيداً عن الحرارة والرطوبة.
Conserver à l'abri de la chaleur et de l'humidité.