

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° W21-779379

189455

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12837	Société : DAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	De HAF Hicham
Nom & Prénom : De HAF Hicham			
Date de naissance : 10/02/1987			
Adresse : Dyan Essalam, résidence DAKRIS, im 36, n°12			
Tél. : 0666 8 1584 Total des frais engagés : 557,30 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 02 Jany 2024			
Date de consultation : 02 Jany 2024			
Nom et prénom du malade : Kenza Dghay Age: 8 m			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Bronchite			
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** Date : **03/01/2024**

Signature de l'adhérent(e) :



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
02 Janv 2024	Chir	250,-	250,-	INP : 091173491 Dr. Soufia HOUARI pediatrice baïna 1, Bd. Ali Yaata, Immeuble Appt. 3, An Sebaâ - Casablanca Tél : 03 22 53 53 34

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SEBA ARE D'AIN SEBA im GHS N° 31, Projet Km 9, Rte de Rabat Tél : 03 22 53 53 34	02/01/2024	30.7.30

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : _____
				COEFFICIENT DES TRAVAUX : _____
				MONTANTS DES SOINS : _____
				DEBUT D'EXECUTION : _____
				FIN D'EXECUTION : _____
				COEFFICIENT DES TRAVAUX : _____
				MONTANTS DES SOINS : _____
				DATE DU DEVIS : _____
				DATE DE L'EXECUTION : _____

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	25533412 21433552 00000000 00000000
D	00000000 00000000 35533411 11433553
G	
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : _____
				COEFFICIENT DES TRAVAUX : _____
				MONTANTS DES SOINS : _____
				DATE DU DEVIS : _____
				DATE DE L'EXECUTION : _____

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Soufia HOUARI

PEDIATRE

- Spécialiste des Maladies de l'enfant
et du Nourrisson

- Néonatalogie

- Allergologie et Asthme de l'enfant



هواري

الاطفال



8 435100 843981

Contenu net: 150 ml

Lot: 220511

A consommer
de préférence avant le: 05/2025

PPC: 79,50 DH

Casablanca, le 02 Jany 2024

الدار البيضاء

Kenza DORAY

1) Fito pels nips x 36
1 ccc x 36

2) Hiverne x 36
1 ccc

3) Za x 36
Asphed x 36
Acheter

12.80 300

4) Doliprane x 12 sach

30.30

PPV 12DH80
PER 07/25
LOT M2457

Basma 3 Ain Sebaâ - Casablanca
appt 3 Ain Sebaâ - Casablanca
05 22 35 35 34

شارع علي يعتة، عمارة 4، الطابق السفلي، الشقة رقم 3، عين السبع - الدار البيضاء
Boulevard Ali Yaata, Basma 1, immeuble 4, rez de chaussée appt N°3, Ain Sebaâ - Casablanca

Tél. 05 22 35 35 34 / GSM : 06 90 45 70 76 / E-mail: sofiahouari@gmail.com

LOT 107208/FC5
PER 09/2025
PPC 79,00

PPV: 68DH00
PER: 06-26
LOT: M 2087

PPV: 68DH00
PER: 06-26
LOT: M 2087

ZAMOX® Enfant
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE
500mg/62,5mg
12 SACHETS

6 118000 041122

ZAMOX® Enfant
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE
500mg/62,5mg
12 SACHETS

6 118000 041122

Doliprane® 300 mg
Paracetamol
12 Sachets

6 118000 040279