

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.

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

190526

Déclaration de Maladie : № S19-0053500

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **8696**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **HASSAGI TARIK**

Date de naissance : **26/3/70**

Adresse : **N°7 ZGC VILLE VERTE CASABLANCA**

Tél. : **0561251793**

Total des frais engagés : **416,30** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr ASSIA FILALI
Pédiatre
32, Rue Mustapha El Manfalouti
Casablanca-Tél: 0522 20 49 55

Date de consultation : **14/12/2023**

Nom et prénom du malade : **ITAJAJI JASMINE** Age : **12 ans**

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Bronchite A pneumonie rebute**

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**

Le : **15/12/2023**

Signature de l'adhérent(e) : **Hassagi Tarik**

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
14/12/2013	12.3	c2	32000	MSIA - Pédia Dr. M. J. S. Tel: 022200

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

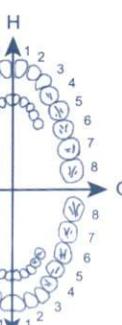
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODP.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
25533412	21433552									
00000000	00000000									
00000000	00000000									
35533411	11433553									
		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

Ordonnance

Dr. Assia FILALI

Pédiatre

Diplômée de l'Université de Texas T., U.S.A
Ancienne attachée des Hôpitaux d'Allemagne

N° de patente: 35515320

Casablanca le 14/12/2023

PPV: 80DH00
PER: 07/26
LOT: M2618



Hajjaji Jasmin



- 80,00 1) Azix (40 mg/ml) pdre pour susp buv (1500mg+19 ml d'eau)
1 dose=300 mg 1x/j le premier jour puis 1 dose= 150 mg pdt 4j
- 15,80 2) Nutrimea gelule le contenu d'une gelule 1 x/j pdt 1 sem
- 92,50 3) Orapred (20 mg/cp efferv)
1 cp efferv et demi po le matin, apres petit dejeuner pdt 5j
- 4) Doliprane 500 mg/cp efferv
1 cp efferv toutes les 6h si temp >39°C
- 5) Brufen (100 mg/5 ml)
2 càm toutes les 6h si temp > 39°C
A alterner Doliprane et Brufen toutes les 3 à 4h si temp > 39°C



1 22,50

STE PHARMACIE GOLF CITY
Centre Commercial Bouskoura Golf City
RDC N°9-Bouskoura-Casablanca
Tél: 0522 59 07 09
INPE: 092079649

PPV (DH):
Lot N°:
UT. AV:

BRUFEN®
100 mg/5 ml Ibuprofène

Dr. Assia Filali
Pédiatre

Dr ASSIA
Pédiatre
32 Rue Moustapha El Manfalouti
Casablanca - Maroc
Tel: 05 22 20 49 55

32, Rue Moustapha El Manfalouti, Quartier Gauthier
Tel.: 05 22 20 49 55 Email: drafilali@yahoo.com