

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloger Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

W21-848759

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent [e]		
Matricule : <u>12658</u>	Société : <u>RAM</u>	<input type="checkbox"/> Autres
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné[e]	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>ZEKRI Hicham</u>		
Date de naissance : <u>19/07/1988</u>		
Adresse : <u>Bouskoura Gaf City Villa 409</u>		
Tél. : <u>0663285616</u>	Total des frais engagés :	<u>311.40</u> Dhs

<p style="text-align: center;">Cadre réservé au Médecin</p> <p style="text-align: center;"><u>Dr. Mohamed EL HOUARI</u> <u>Pédiatre</u> <u>Spécialiste Diplômé de la Faculté de Paris</u> <u>75, Bd. Al Massira Al Khedra - Casa</u> <u>Tel. : 05 22 20 57 78 / 05 22 20 57 39</u></p>	<p>Cachet du médecin :</p> <p style="text-align: center;"><u>Dr. Mohamed EL HOUARI</u> <u>Pédiatre</u> <u>Spécialiste Diplômé de la Faculté de Paris</u> <u>75, Bd. Al Massira Al Khedra - Casa</u> <u>Tel. : 05 22 20 57 78 / 05 22 20 57 39</u></p>	<p>Date de consultation : <u>3 AVR 2024</u></p> <p>Nom et prénom du malade : <u>Zekri Hicham</u> Age : <u>02,07/2013</u></p> <p>Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant</p> <p>Nature de la maladie : <u>Frenne</u></p> <p>Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC Pathologie : _____</p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances : _____</p> <p>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.</p>
--	---	---

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 Carabassimca Signature de l'adhérent[e] : _____
Le : 3 AVR 2024



VOIR

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES TAUX 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
23 AVR 2024	2	1	300,00 DT	Dr. Mohamed EL HOJARI Pediatre Spécialiste Diplômé de la Faculté de Paris

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LES CYPRES VILLE VERTE Centre Commercial La Promenade Local C16 - Ville Verte, Bouskoura Casablanca	3/04/084	16,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES RADICGRAPHIQUES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	
ASOS RVA E						

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

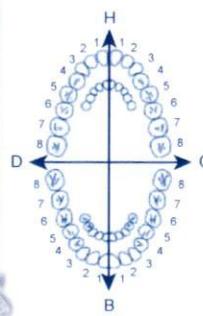
Important :

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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"/>
ATTESTANT L'EXECUTION	

Docteur Mohamed El HOUARI

SPECIALISTE DIPLOME DE LA FACULTE DE

MEDECINE DE PARIS

PEDIATRE

Toxicologie et Pharmacologie Clinique

Asthme de l'enfant

Membre de la société Francise

de Pédiatrie

SUR RENDEZ-VOUS

الدكتور محمد الهواري

خريج كلية الطب بباريس

اختصاصي في أمراض الأطفال

أمراض التسمم و بحث الأدوية

أمراض الربو للأطفال

عضو في الجمعية الفرنسية لطب الأطفال

بالموعود

Casablanca, le

- 3 AVR. 2024

الدار البيضاء في

16, 40

Dolipredantina 50 mg
Dose de 1/2 kg toutes
T-16, 40 les 6 heures av jeune



PHARMACIE LES CYPRÈS
VILLE VERTE

Centre Commercial La Promenade
Local C16 - Ville Verte, Bouskoura

Casablanca

Tél: 05.22.78.24.20

Dr. Mohamed EL-HOUARI
PEDIATRE
Spécialiste diplômé de la Faculté de Paris
75, Bd Al Massira Al Khadra-Casablanca
Tél: 05.22.99.57.38 - 05.22.99.57.39

0522 99 57 38 / 0522 99 57 39 العيادة : شارع المسيرة الخضراء - الدار البيضاء الهاتف :

75, Bd Al Massira Al Khadra - Casablanca

Téléphone : C. : 05 22 99 57 38 / 05 22 99 57 39 - Fax : 05 22 99 57 40

Doli® PEDIATRIQUE

PARACETAMOL

SOLUTE BUVABLE A 3 %

COMPOSITION

Paracétamol 3 g

Excipients : macrogol 6000, solution de parahydroxybenzoate de méthyle sodé arôme caramel vanille, eau purifiée q.s.p.

FORME PHARMACEUTIQUE

Soluté buvable, flacon de 90 ml.

CLASSE PHARMACO-THÉRAPIE

Antalgique, antipyrrétique.

DANS QUEL(S) CAS UTILISER

Ce médicament contient du paracétamol telles que maux de tête, états grippaux

Cette présentation est réservée à I

ans); Ille attentivement la rubrique

diférent, Il existe d'autres présentations

Doli®
Pédia|triq

Paracétamol 3%

SOLUTION BUVABLE 90 ml



6118000 040965



bottu®

82, Allée des Casuarinas - Ain Séba - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

Doli®
Pédia|triq
Paracétamol

PPV 16DH40
PER 01/27
LOT N116

DE DEMANDER L'AVIS DE VO

d'une dose trop élevée, consultez

utres médicaments en contiennent.
la dose quotidienne recommandée

plus de 3 jours, ou en cas d'efficacité
de votre médecin.

Insuffisante ou de survenue de tout autre signe, ne pas continuer le traitement sans l'avis