

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.

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 064275

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11826 Société : RAN
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ME EL IDRISSI ARABI ALAL
Date de naissance : 24/04/1961
Adresse : Habituelle
Tél. : 0661327272 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Dr. ET TABOUTI Nouredine
Pédiatre Pneumo Allergologue
N°5, Rue 9, G.E. Bd Oued Beht, Oulfa
Tél.: 05 22 89 22 39 - Casablanca
INPE : 091062463
Date de consultation : 06/10/22
Nom et prénom du malade : BENNIS Adou
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : ACCU
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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : Le : / /

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
06/10/22				Dr. ETABOUTI Nour-Eddine Pédiatre Pneumo Allergologue N°5, Rue 91, G B Bd Oued Beht, Oulfa Tél: 05 22 89 22 89 - Casablanca INPE : 091062463

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ALAM Bd. Oum Rabie-El Oubaydi Magesin N° 101, Hay Hassani Tél: 88 22 22 22 BENABDERRAHMANE Salim	06/10/22	324,00

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	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				Coefficient DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

Merck Sharp & Dohme Corp.
770 Summeytown Pike, P.O. Box 4
West Point, Pennsylvania, 19486,
Etats-Unis/الولايات المتحدة الأمريكية
Formulation réfrigérée stable.

Libéré par/

يتم إصدار التشغيلة من قبل
Merck Sharp & Dohme BV
Vlaarderweg 39, P.O. 581
2031 BN, 2003 PC Haarlem
Pays-Bas/هولندا

VARIVAX* vaccin
Suspension injectable
Boîte d'un flacon unidose de 0,5 ml
PPV: 364.00 DH
AMM N°: 789/16DMP/21/NSF
Distribué par MSD Maroc

VAN

(Virus de la
pouche

Un flacon
un flacon
reconstitu

TABOUI

Enfants
adolescents
logie
decine
E

ميرك
E B
الفاح
5 22 89.22.89
مادة التشكيل

الدكتور نور الدين التبوتي

إختصاصي في أمراض الاطفال و الرضع و المراهقة
إختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي و الحساسية
خرج كلية الطب بمارسيليا (فرنسا)
الألفة - رقم 5 زنقة 91، مجموعة ب، (شارع واد بهت)

الدار البيضاء - الهاتف : 05 22.89.22.89

Casablanca, le : 06-10-22 في : الدار البيضاء

BENNI Adam

364,00

Valva



364,00



Dr. ETTABOUTI Noured-dine
Pédiatre Pneumo Allergologue
N°5, Rue 51, 6 386 Oued el Ghent, Casablanca
Tél: 05 22 89 22 89
INPE : 091 062463