

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 canaux, 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 canaux.

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° W21-625897

68729

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12285 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BEKKARI Med Karim
 Date de naissance : 18 Nov 81
 Adresse : 86 Rue Jbel Azorki F7 cil Sque Casablanca
 Tél. : 0661630388 Total des frais engagés : 477,8 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Ghali MECHICHE ALAMI Pédiatre
 Centre Excellence Nadja 281, Boulevard Roudani Casa - Tél. : 0522 23 48 42
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : BEKKARI Med Karim Age : 33
 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 Le : 25 / 01 / 21

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



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
16 AVR 2021	R	A	300,35 MD	INF : 09/12/10492 Dr. MECHICHE ALAMI Centre Pédicure 201 Casa - 31

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/11/21	177,80

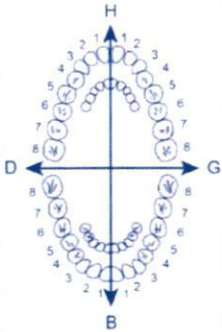
[illegible][illegible]

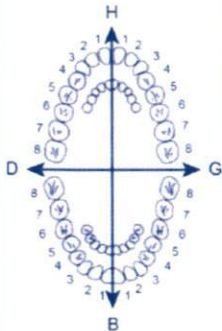
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratique 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	INP :	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
				FIN D'EXECUTION	

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B G	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS
			DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور الغالي مشيش العلمي

Docteur Ghali MECHICHE-ALAMI

Pédiatre

Diplômé de la faculté de médecine de Paris

Casablanca le : 6 AVR. 2021

Interme 2016

PHARMACIE DULMES
L'ARAKI / BOUJMA
ANGLE 80 CHANDI ET
VEL MANSOUR 3609306

30.10 / 2 Clamoxyl 200 g (S.V.)

1000 g

17.50 / 2 Pains 200 g (S.V.)

13 x 4 g

22.50 / 2 Bimol 5 g (S.V.)

1000 g

17.60 / 2 S. viment : (S.V.)

40 g

60,00 D Enteroferon my
177,80 my x 2



PHARMACIE OULMES
LAKI MAKIMA
ANGLE BD CHANDI ET
Y EL MANSOUR 360900

Sarof-aventis Maroc
Rue de Rabat - R.P.1.
Ain sebaa Casablanca
Enteroferon, susp b 10 ml
P.P.V: 60,00 DH



Lot:
EXA
PPV:

17,60



Dr. Ghali MECNICHE-ALAM
Pédiatre
281, Bd Brahim Rouday
Casablanca
0522 354842 / 0522 982017

PPV (DH) :

Lot N° :

UT. AV :

BRUFEN[®]

100 mg/5 ml Ibuprofène

**Suspension
pédiatrique**

22,50

Clamoxyl 250 mg/5 ml
amoxicilline

poudre pour suspension buvable

..... cuillère(s)-mesure(s) fois par jour à
prendre indifféremment avant, pendant, ou après
les repas, pendant jours

مقاييس ملعقة.... أيام بغض النظر عن اتخاذ قبل أو أثناء أو بعد

وجبات الطعام لمدة.... أيام

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

بوصفة طبية فقط

احترام الجرعات الموصوفة

PPV: 30, 10 DH

LOT: 608247

PER: 10/2022

Doli®

PEDIATRIQUE

PARACETAMOL

PPV 17DH50
PER 01/23
LOT J300

17.50

