

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-697601

120705

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8163 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : NAIT BRAHIM EL NOUFA
 Date de naissance : 09-02-69
 Adresse : 5 RUE MAUSOLEE - D. des Hopitaux
 Casablanca
 Tél. : 0661218711 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Dr. EL BOUARY Chadia
 264. Ang. Bd Ghannouchi Omar El Khatam
 Rés. Jawhara Appt 14-3 Etage
 Casablanca
 Tél. / Fax : 06 22 96 11 38 - Gsm : 06 71 24 76 77
 Date de consultation : 01 SEP 2022
 Nom et prénom du malade : NAIT BRAHIM JAI
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Vaccin
 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 : Casa Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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

Autorisation CNBP 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	
				INP :	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Prescripteur	Date	Montant de la Facture
	26-08-22	154,60
		106,50

[illegible]

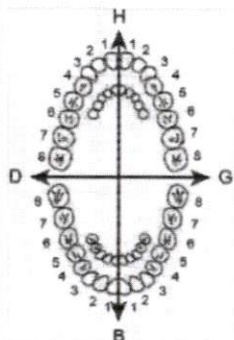
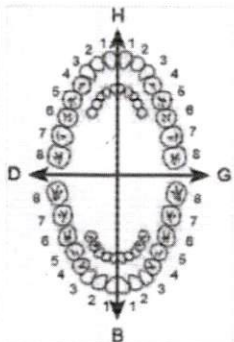
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
						
						
						
						
						

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX								
				MONTANTS DES SOINS								
				DEBUT D'EXECUTION								
				FIN D'EXECUTION								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		MONTANTS DES SOINS
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS								
				DATE DE L'EXECUTION								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

INP: | | | | | | | |

11/11/2019

11/11/2017

11/11/2019

11/11/2016

11/11/2011

11/11/2019

11

11/11/2019

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr EL BOURY Chadia

Pédiatre

Cardiologie Pédiatrique

Néonatalogie et Asthme de l'Enfant



الدكتورة البوري شادية

إختصاصية في أمراض الطفل و الرضيع

أمراض القلب والربو عند الطفل

Casablanca, le

26.08.2022

Enfant NAIT BRAHIM Jad

Age : 5 ans 3 mois

Poids : 23,00 Kg

1 AUGMENTIN 100 mg/12,5 mg p ml pdre p susp buv Enf : FI/60ml
Prendre 23 doses le matin, à midi et le soir, pendant 1 semaine.

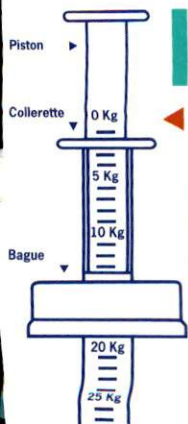
2 COQUELUSEDAL PARACETAMOL 250 mg suppos : Film/10
Donner 1 suppositoire le matin et le soir, pendant 5 jours.

3 DOLIPRANE 500 mg pdre p sol buv : 12Sach
Prendre 1sachet 4 x /j si fièvre

S.V.
S.V.
S.V.

Dr. EL BOURY Chadia
Pédiatre
Bd Ghandi et Omar El Khayam
Jawhara Appart 4^{ème} Etage
Casablanca
Tél: 0522 86 23 01 - Fax: 0522 86 02 25
Gsm: 06 71 24 76 77

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN
100mg/12,50mg/1ml



enfant

1 dose-graduation n°
3 fois/jour, à prendre de préférence au début des repas, pendant jours.

جرعة رقم 3..... مرات في اليوم، من الأفضل قبل الأكل، مدة..... يوم

PPV: 70,60 DH
LOT: 649287
PER: 02/2024

صيدلية كلبيات
PHARMACIE DES FACULTES
GHIZLENE LAHBABI
Docteur en Pharmacie
94, Boulevard Mly Driss 1^{er} - Casablanca
Tél. 0522 86 23 01 - Fax 0522 86 02 25

LOT 212378
EXP 09 24
PPV 21.50 DH

PPV 14DH40
PER 05/25
LOT L1719
14,40

Tél. : 05 22 95 11 38 - GSM

Dr EL

TETRIXIM
Vaccin diphtérique, téfanique,
poliomyélitique (inactive), adso
component) and poliomyelitis (i

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Tetraxim Inj b1 ser 1 dose
P.P.V : 134,60 DH



الدكتور

إختصاصية ف

أمراض الم

Suspension injectable (0,5 ml en seringue
Suspension for injection (0.5 ml in prefillle

Cara

Néonatalogie et Asthme de l'Enfant

adjuvant on aluminum hydroxide, hydrated
0.3 mg
formaldehyde, phenoxethanol,
injections

musculaire
ular route

SANOFI PASTEUR

Casablanca, le

26.08.2022

Enfant NAIT BRAHIM Jad

Age : 5 ans 3 mois

Poids : 23,00 Kg

134,60

TETRIXIM

