

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.

Biologie 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.

Educations :

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.

Prothèse 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

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- 0011796

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12320 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL AOUNI Mouhcine Date de naissance : 19/11/1983
Adresse : Casa GREENTOWN villa 535 Bouskoura
Tél. : 0662041321 Total des frais engagés : 414,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Salwa
Professeur de
76, Bd. Abdelmoumen
CASABLANCA
Tél: 05 22 23 88 80 - Fax: 05 22 23 88 81
CE : 002106039/00093
INP

Date de consultation : 31/05/2019
Nom et prénom du malade : EL AOUNI HACHEM Age :
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 Blanca Le : 31/05/19
Signature de l'adhérent(e) :

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
31-05-2019	C3		25000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/05/19	80,00
	31/05/19	84,00

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
		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 :

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

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></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																								
			MONTANTS DES SOINS																						
	(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'EXEC

Dr. Salwa CHAFAÏ

Professeur de Pédiatrie

Spécialiste des maladies du Nouveau-Né,
du Nourrisson et de l'Enfant
Diplômée en Hépatologie, Gastroentérologie,
Nutrition, Endoscopie Digestive
et Proctologie Pédiatriques
de l'Université Paris VII
Ex. Enseignante à la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca

Casablanca, le

31/05/2019

Enfant Hachem EL AOUNI

Age : 11 mois et 23 jours Poids : 10,55

84,00

NAABAK 4.9% COLLRE 10 ML

Prendre 1 goutte le matin, à midi et le soir, pendant 1 mois

80.00

ENGERIX-B (PEDIATRIQUE) Préparation Injectable Bte 1 Seringue Preremplie

Dr. Salwa CHAFAÏ
Professeur de Pédiatrie
76, Bd. Abdelmoumen Rés. Koutoubia
CASABLANCA
Tél: 05 22 23 88 60 - Fax: 05 22 23 88 61
ICE : 00210003300093
INP : 091034447

Pharmacie
Dr. M.
Centre
Ville Verte - Bouja

0808 37 52 90 / 05 22 23 88 60 : الهاتف - الدار البيضاء - إقامة كتبية -
salwa.chafai@gmail.com : البريد الإلكتروني - 06 61 15 36 77 - 05 22 23 88 61

76, Boulevard Abdelmoumen - Résidence Koutoubia - Casablanca - Tél.: 05 22 23 88 60
Fax: 05 22 23 88 61 - Gsm: 06 61 15 36 77 - E-mail: salwa.chafai@gmail.com

الشافعي
للطفل

سبع و الطفل
هضمي و التغذية
الداخلي
VII
و الصيدلة



NAABAK 4.9%
Collire 10 ml - PPV : 84.00 DH



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed El Bacha,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Samia EL BACHA

Date de première ouverture
تاريخ فتح العبوة لأول مرة
Exploitation / Détenteur de la DE :
Laboratoires Thés 12 rue Louis-Bleriot
63017 Clémont-Ferrand cedex 2
FRANCE
: صافي طور السيلول / صافي طور السيلول
محلول سائل 12 مل - 12 مل - 12 مل - 12 مل
63017 كليرمونت فيران سيجس 2



1 dose/dosis (0.5 ml)
Prefilled syringe (1 dose) + 1 needle
Seringue préremplie (1 dose) + 1 aiguille
Jeringa precargada (1 dosis) + 1 aguja

Engerix - B 10

Junior dose / Dose enfant /

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 80.00 DH
ID : 611381
Vacc
Val

Suspension for injection ;
Intramuscular use
Suspension injectable ;
voit intramusculaire
Suspension inyectable ;
via intramuscular