

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR EVITER 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.

Education :

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 :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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 : 19/01/1983

Adresse :

Casa GREENTown villa 535 Bouskoura

Tél. :

06 62 04 13 21

Total des frais engagés : 414,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Salwa
Professeur de Médecine
76, Bd. Abdalmoumen S. Koutoubia
CASABLANCA
Tél: 05 22 23 88 80 - Fax: 05 22 23 88 31
TCE : 003106038000093

Date de consultation :

31/05/2019

Nom et prénom du malade :

EL AOUNI Mouhcine

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) :

RELEVE 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 08	C3		25000	Dr. SAIWA Abdelmoumen CASABI ANCA 0210603900093 091034447

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>SAINT TAWNE</i>	<i>31/05/19</i>	<i>80,00</i>
<i>SAINT TAWNE</i>	<i>31/05/19</i>	<i>84,00</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des travaux												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		Coefficient des travaux												
			<table> <tr> <td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>B</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td></td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000		35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
		(Création, remont, adjonction)		DATE DU DEVIS												
		Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Salwa CHAFAI

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

الشافي

طفيل

بيع و الطفل
هضمى و التغذية
الداخلى
VII
و الصيدلة



NAABAK 4.9%
Coller 1 ml - PPV : 84.00 DH



Distribué par COOPER PHARMA - 41 rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacie Maroc - Min. Attaoui - 101184

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 Injectabile Bte 1 Seringue Preremplie

Dr. Salwa CHAFAI
Professeur de Pédiatrie
75, Bd. Abdelmoumen Rés. Koutoubia
Casablanca
Tel: 05 22 23 88 60 Fax: 05 22 23 88 31
ICE: 002 060555 00093
INP: 091034447

بنية الخضراء
PHARMACIE
Dr. M.
Centre
Ville Verte - Bou

Engerix -B 10

Junior dose / Dose enfant /



Suspension for injection :
Intramuscular use
Suspension injectable :
Suspension intramusculaire
Suspension injectable :
via intramuscular

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

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