

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.

Diagnostique 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.

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



ANAL

Déclaration de Maladie : N° P19- 0002088

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8359 Société : RAJ
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
Nom & Prénom : BOUSBINA KHAID
Adresse : Golf City V18 T40 215 Route Boukhrouj
Tél. : 06 52 20 45 45 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/02/2020
Nom et prénom du malade : BOUSBINA KHAID Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Douleurs abdominales / vomissements

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 : / /

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
14.01.2020		3	30,0	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

17.01.2020 127,00
17/2/2020 91,80

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 des Honoraires Montant détaillé des Honoraires

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

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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B			Coefficient DES TRAVAUX
		[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

Docteur ABID Abderrahmane

Professeur de pédiatrie

Ancien chef de service
à l'Hôpital d'Enfants - CHU Ibnou Rochd
Casablanca



الدكتور عابد عبد الرحمان

أستاذ في طب الأطفال

رئيس مصلحة سابقا
بمستشفى الأطفال - المركز الجامعي ابن رشد
الدار البيضاء

GRANDE Pharmacie DE LISBONNE
Mme. Taia Maadia
Rue Abdelhak ABID - Casablanca
Tél: 0522 83 0275 - Fax: 0522 28 9376
INPE: 092000298

17.02.2020
Eugène sous B: NA Malak

① NEOFORTAN 40 mg 80

11.3 1 Coup des jersibb u
Cas de Doubeu

② VIOACENE 200 mg
Tazemp au G de U

LOT: 190579
PER: 03-22
PPV: 11/30DH

NEOFORTAN® 40 mg
PPV 40DH00
EXP 11/2022
LOT 98040 1

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaa Casablanca
Dultavax inj b1 ser 1 dose
P.P.V: 127.00 DH

Dultavax

Dr. ABID
55, Bd. Zerketouni
Casablanca
Tél: 0522 49 08 08 - Fax: 0522 29 90 94

PHARMACIE DES HABOUS
Pédiatrie Générale - Pneumo-Allergologie
Immunologie Clinique - Vaccinologie

Consultations sur rendez-vous
Lundi, Mercredi: Horaire normal de 9H à 12H et de 14H à 17H
Mardi, Jeudi, Vendredi et Samedi: Horaire continu de 9H à 13H
55, Boulevard Zerketouni, 2^{ème} étage, N° 8 شارع الزرقطوني، الطابق الثاني، رقم 55
Tél & Fax : 05 22 49 08 08 - E-mail : abid.abrhm@gmail.com