

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 ~~et~~ odontologie, 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 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 :

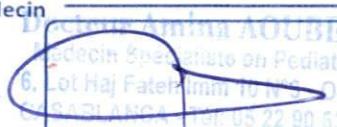
- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

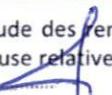
- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	A
Cadre réservé à l'adhérent(e)		Société :	
Matricule : J0287		Nom & Prénom : KEDDADI AZIZ	
<input type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre:	
Date de naissance :		Adresse : LOT 4 HAJ FATEH B 9 ouf SA	
Tél. : 066359162		Total des frais engagés : 402,70	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
 Dr. Keddadi AZIZ Médecin Spécialiste en Pédiatrie 6, Lot Haj Fatem Hammamet Djerba Tél: 066359162 - 0692229053363	
Date de consultation :	12 MARS 2020
Nom et prénom du malade :	KEDDADI AZIZ
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Blase urinaire superficielle
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'at	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :  Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	
N° W19-472418	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Matricule : _____	
Nom de l'adhérent(e) : _____	
Total des frais engagés : _____	

Dr.Amina AOUBEID

Spécialiste des Maladies de l'enfant et du nourrisson

Diplômée de la faculté de médecine de Casablanca

Ancien médecin résidente à l'hôpital d'enfant à Casablanca



الدكتورة أمينة عبيد

إختصاصية في أمراض

الطفل والرضيع

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة مقيمة سابقاً بمستشفى الأطفال

Casablanca, le

12 MARS 20

Nom :

Kéddoussi

Age :

5 mois

Poids :

6,5 kg

PPV (DH) :

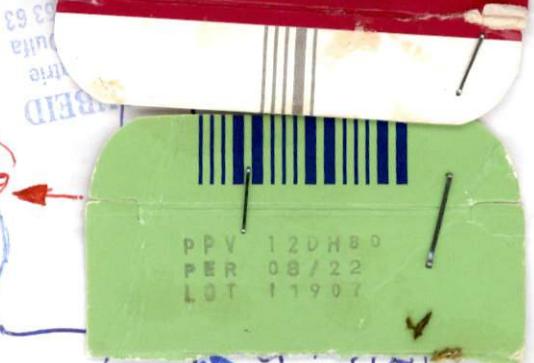
Lot N° :

UT. AV:

BRUFEN®

100 mg/5 ml ibuprofène

Suspension pédiatrique



1500 mg

Poudre pour suspension buvable

PPV:80DH00
PER:12/22
LOT:12822

ENFA

6 تجزئة الحاج فاتح، عمارة 10 رقم 3 الطابق 2 قرب سوق الحاج فاتح الألفة الدار البيضاء

6, Lot Haj Fateh Imm, 10 ,2 éme étage N3°, (Prés Marché Haj Fateh) Oulfa, Casablanca

Tél.: 0522 90 63 63 - Urgence: 0655 28 18 42 - Email:aoubeidamina8@gmail.com

0657877488

EFFIPRED® 5 mg

PPV 28DH00
EXP 11/2022
LOT 900201

AS

200 U.CEIP/ml

P V 43340

40,00

Contenu net: 150 ml

Lot:
A consommer
de préférence avant le:
PPC: 79,50 DH

191126
11-2022

A blue ink stamp from 'THE PHARMACEUTICAL JOURNAL'. The stamp is rectangular with rounded corners. The text 'THE PHARMACEUTICAL JOURNAL' is at the top, followed by 'APRIL 1902' in the center, and 'LONDON' at the bottom.