

## 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 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

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 checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e) <b>25194</b>			
Matricule : <b>9715</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>MAJBAR Yohann</b>			
Date de naissance : <b>04/02/69</b>			
Adresse :			
Tél. : <b>287 1287,5</b> Dhs Total des frais engagés :			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	<b>Dr SQALLI Mohamed Professeur de Pédiatrie 11, Place Charles Nicolle - Casablanca tel. : 05 22 26 07 20 - 06 61 14 98 81</b>
Date de consultation :	<b>14 MARS 2020</b>
Nom et prénom du malade :	<b>MaJBAR ismail</b>
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie :	<b>Affection Respiratoire</b>
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.	



**ACCUEIL**  
Fait à : **17 MARS 2020**  
Le : **10/03/2020**

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
16. MARS. 2020		(3)	250,00	INP: 091131048 DR SQALLI Mohamed Professeur de Pédiatrie 21 place Charles Nicolle - Casablanca Tél: 05 22 26 07 20 - 06 61 14 98 84

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
GRANDE PHARMACIE DE LISBONNE 16, Rue de l'Industrie, TAZ 21, Rabat Tél: 05 22 85 02 13 - Fax: 05 22 85 39 98 INP: 032000798	16/03/2020	1287,5

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

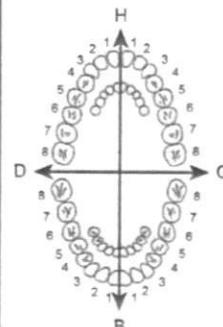
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

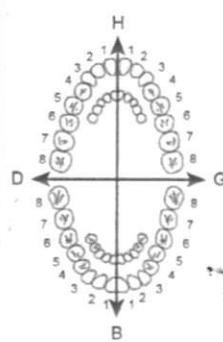
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Dr. Mohamed SQALLI HOUSSAINI

Professeur de Pédiatrie

Ancien Chef de Service de Réanimation Pédiatrique et

PPV: 79,90 DH  
LOT: 620049  
PER: 06/21



RESPECTER LES DOSES PRÉCONISEES

PPV: 79,90 DH  
LOT: 615269  
PER: 05/21



Allergologie

Casablanca, le .....

PHARMED  
LOT: 7942  
UT.AV: 01-23  
PPV: 19DH00

LOT: 13519013  
PER: 06-2021  
PPV: 28,40 DH

Gh  
18 Rue Aldeia - Khaïr - Casablanca  
TAPICIE DE LISBONNE  
TEL: 0522 81 02 15 - TEL/FAX: 0522 28 93 78  
INR: 092000298

الدكتور محمد صقلبي حسيني

استاذ جامعي للأطفال

في الأطفال

ابن رشد

حال والراسب

تجملات الطبية

حة عند الأطفال

صحة في الجهاز

اسية

PPV: 207DH00

PPV: 207DH00

PPV: 207DH00

PPV: 207DH00

Enfant MAJBAR Ismail

14.03.2020

15

Age : 9 ans 8 mois

1 AUGMENTIN SAC ENF 500MG (12 S)

1 sachet, 3 fois / jour, pendant 7 jours

15

PPV: 207DH00

2 APIRETIL SIROP (PARAC) (CONSER < 15)

Graduation à 30, 3 fois / jour, pendant 4 jours

15

3 FEBREX SACHET ENF (280 MG PARAC) >6A

1 sachet, le soir au coucher, pendant 6 jours

15

4 VENTOLINE AÉROSOL (200 BOUFFÉES)

4 bouffées 4 fois / jour, pendant 7 jours

15

5 ROMILAST COMPRIME 5 MG (30 CP, 6 - 14 A)

1 comprimé, le soir au coucher, pendant 2 mois

15

4 boites



VENTOLINE 100 mcg  
Aérosol 200 doses  
PPV 45,30 DH

D. SQALLI Mohamed  
Professeur de Pédiatrie  
1 Place Charles N... Casablanca  
tel: 05 22 27 11 81 - 05 22 29 78 67

Résidence Pasteur

steur ) 1er étage - N°3 - Casablanca

Tél.: 05 22 26 07 20 / 05 22 26 90 07 - Fax: 05 22 29 78 67 - GSM: 06 61 14 98 84 - E-mail: azhoum@yahoo.fr