

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- 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, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontologie, 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 canaux, 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 prothèse ou de traitement canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et AEC :

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

Adresses Mails utiles :

- Reclamation : 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakh et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge - Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-563212
19 OCT. 2020

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) :

Matricule :

12387

Société :

RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

MDAGHRI FILAL NOUNIR

Date de naissance :

02/08/1985

Adresse :

N°1 AL FIRD AOUS GH 95 A44 APPT EL OULFA
CASABLANCA

Tél. :

0661 08 7775

Total des frais engagés :

631,5

Dhs

Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin :



Date de consultation :

28.09.2020

Nom et prénom du malade :

MDAGHRI FILAL NOUNIR

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

Guérison totale + traitement

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, indiquer 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

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant detaille des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
25/09/2020	Cs	1	850	09/139659 Docteur YSSEF Boujemaa PEDIATRE Rue Mohammed El Mahdi 190 CASABLANCA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE FATH EL KHAIR N° 000 22 42 10, GR. AL BAIDA RAPEL QOD CASABLANCA Tel : 05 22 75 56 05	25/09/2020	381,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant detaille 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.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu 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 implantaire, à remplir le bilan de D.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	DATE DE L'EXECUTION
				DATE DE L'EXECUTION
				MONTANT DES TRAVAUX
				MONTANT 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

Merck Sharp & Dohme Corp.
770 Sumnerdown Pike, P.O. Box 4
West Point, Pennsylvania, 19886,
Etats-Unis/الولايات المتحدة الأمريكية
Formulation réfrigérée stable.
Libère par/
Merck Sharp & Dohme BV
Waarderweg 33, P.O. 581
2031 BA, 2003 PC Haarlem
Pays-Bas/هولندا

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

VARIVAX®

(Virus de la varicelle vivant atténué)

[souche Oka/Merck]

Un flacon unidoso de 0,5 ml de vaccin en poudre et un flacon unidoso 0,7 ml de solvant stérile pour reconstitution.

حفظ بعد عن متناول وهرای الاطفال

1

Receives

بیروس داء الحماق حی مومن سلالۃ اوکا / منیرک

البرورة ذات جرة واحدة كالمسحوق للفتح

الضرورة ذلك جرعة واحدة 0.7 من مخفف لإعداد التشكيل

CJ

4

A



190، زنقة مصطفى المعاني. الدار البيضاء

22 20 72 10 } هاتف العيادة
 22 22 01 46 }
 22 22 21 48 }
 المتنقل : 68 79 27 94

Casablanca, le 28.04.2020 الدار البيضاء في

MDAGARI - FILALI - RAYAN

364,00

Varivax

17,50

Soln

h² 14 | 6th

0 > 3/8

$$38 \overline{) 50}$$

PHARMACIA WATH EL KHAIR
AUT. 000 22 42
30, GR. AL BAIDA HAY EL QODS
CASABLANCA
TEL: 05 22 75 56 06

HORAIRE CONTINU **توقيت مستمر**



DOULEURS et FIÈVRE

PARACETAMOL

PEDIATRIQUE

Doli!®

Doli®

PEDIATRIQUE

PARACETAMOL

PPV 17DH50
PER 06/22
LOT 11585