

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W21-727910

13UGA8

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12731 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MOUKASSE Houssam

Date de naissance : 29-04-1991

Adresse : ALMAZ - RÉSIDENCE AMBAR 3 - IMMA - APPT 21

..... CASABLANCA

Tél. : 066 18 46053 Total des frais engagés : 250 + 84 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/07/2022 Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Vacin + Affection dermatologique

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 : Le : / /

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 INP : <i>DDM92000B</i>
<i>17/01/2022</i>		<i>02 250,00</i>		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur <i>PHARMACEAU M. Mourat</i> 0920006048	Date <i>INP 10/01/2022</i>	Montant de la Facture <i>847,30</i>
---	-------------------------------	--

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/>

Cabinet Dr. Amal DAMIR

عيادة الدكتورة أمال دممير



Pédiatre

Spécialiste des maladies des Enfants

Nourrissons, Nouveaux-nés

Allergologue

asthme et allergie des enfants

اختصاصية في أمراض

الرضع والأطفال

اختصاصية في حساسية الأطفال

وأمراض الربو الصبيحة

17.10.2022

Bourisson MOUKASSE Sofia

Casablanca Le :

الدار البيضاء في :

Age : 12 mois 3 jours

Poids : 10,20 Kg

- PREVENAR 13

- Détors fin aine
1ap x 2 1/8 Pdt 1g

87,30

848,30

87,30

Royaume-Uni

Prevenar 13®

suspension injectable PPV : 760,00 DH

6 118001 171057

Dr. AMAL DAMIR
Dr. MEDDAH Mourad
Bd. Lakemda, Rue 28, N° 64
Casablanca
Télé : 05 22 21 33 13
06 61 08 55 05



شارع أبو بكر القادري تجزئة الحديوي الرقم 497 - سيدى معروف - الدار البيضاء
Bd. Abou Bakr El Kadiri, Lotissement Haddiou N° 497, Sidi Maarouf - Casablanca

البريد الإلكتروني : damiramal25@hotmail.com
Tél. : 05 22 87 33 40 - GSM : 06 61 09 74 40 - الهاتف : E-mail :