

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
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 12200	Société : ENAV	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre
Nom & Prénom : Louiz A Radad		
Date de naissance : 03.12.79		
Adresse :		
Tél. : 0661253647		
Total des frais engagés : # 391 # Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : DR NOUNA M'hamed PEDIATRE 82. Av. Aba Chouaib Doukkali Ain Chifa II Casa 20550 Tel: 0522.85.10.58	
Date de consultation : 09/11/22	Age: 3 ans 5/11
Nom et prénom du malade : Siraj Lanza	Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : gracalite + klinite alle	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 : **Settat** Le : **09/11/22**

Signature de l'adhérent(e) : **ZF**

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
9.11.22	U	1	250	INP : 091115816 M. Mohamed Bakkali

EXECUTION DES ORDONNANCES

<p>Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur</p> <p>PHARMACIE D'ENZI</p> <p>Dr YOUSSEF SLIMANE</p> <p>Tel: 06 29 58 88 04</p> 	<p>Date</p> <p>9/11/22</p>	<p>Dr N. PELL Montaña 91 Co. 82. Av. Chilena, La Lecture Tel: 0522.85</p> <p>111,50</p>
--	----------------------------	--

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur NOUNA M'hamed

Pédiatre

Lauréat de la faculté de médecine d'Amiens
Spécialiste des maladies du Nouveau-né
Nourrisson et L'Enfant
Asthme de l'enfant et Maladies
Allergiques

الدكتور نونا محمد

خريج كلية الطب بآميان

أخصائي في أمراض الرضيع و الطفل

مرض الربو (الضيقية)

أمراض الحساسية

البيضاء في

Casablanca, le 09/11/2022

Nom/Prénom : LOUZA

Siraj

Poids : Poids : 15,000 Kg

age :

Age : 3 ans et 9 mois

21,90
21,1)

BUTOVENT SUSP BUV FL 150ML

Prendre 1 cuillère mesure 3 fois par jour, avant le repas, pendant 8 jours

49,60⁰²) ZYRTEC SUSP BUV GTES 10MG/ML FL 15 ML

Prendre 10 gouttes le soir, pendant 1 mois à 18h

70,00⁰³) AZIX 900 MG

Donner 1 dose poids de 15 Kilos par jour, pendant 3 jours

1 boite

1 boite

1 boite

10/11/2022

Dr NOUNA M'hamed
Pédiatre
ATR : chouaib Doukkali
82. AV. A. Chouaib Doukkali
11 Casa 20550
Tel: 05 22 85 10 58



Butovent®

0,04%

Salbutamol

21,90

PPV: 70DH00
PER: 07/25
LOT: L2578

LOT 220536
EXP 03 2027
PPV 49.60 DH

82, Avenue Aba Chouaib

Tél.: 05 22 85 10 58

Casablanca 20

سوطنیا