

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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	18200	Société :	RAN
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : LOUZA Radia			
Date de naissance : 03.12.79			
Adresse :			
Tél. : 6661.2536.17 Total des frais engagés : #316 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Dr. NOUNA M'hamed PEDIATRE 82, Av. Aba Chouaib Doukkali Ain Chifa 11 Cas 20550 Tel: 0522.85.10.58	
Date de consultation :	18/01/2023
Nom et prénom du malade :	LOUZA SIRAJ
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Bronchite
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 : casa

Le : 18/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

74

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
18.12.3	CJ	1	250	INP : 09WAA15816
				M'hamed Bakkali

M'hamed
doukkali
550-8

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	19/01/2023	66,80
		INP: 062061692
		Dr. P. s. Ain Ch. 11 Tel: 0522 85.

Dr NOUNA 12
Montant de la facture : 0551
82- AV. Aïcha El Ain Chlef 11 Casa
Tel: 0522 85.10.58

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

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 احمد

خريج كلية الطب بآميان

أخصائي في أمراض الرضيع و الطفل

مرض الربو (الضيقية)

أمراض الحساسية

البيضاء في

Casablanca, le 18/01/2023

Nom/Prénom : LOUZA **Siraj**

Poids : Poids : 15,000 Kg **age :** age : **Age :** 3 ans et 11 mois

21,90



1) BUTOVENT SUSP BUV FL 150ML

1 boite

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

2.2140

2) ZYRTEC SUSP BUV GTES 10MG/ML FL 15 ML

1 boite

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

17150

3) DOLIPEDIATRIQUE 30MG/ML 15MG/DOSE

1 boite

Donner 1 dose poids de 15 Kilos toutes les 6 heures

66,80



*Dr NOUNA M'hamed
PEDIATRE
82. Av. Aba Chouaïb Doukkali
Ain Chifa 10.58
Tel: 0522.85.10.58*

21,90



Doli®
PEDIATRIQUE
PARACETAMOL

PPV 17/09/50
PER 09/25
LOT L3280

17,50



Butovent®
0,04%
Salbutamol

21,90

