

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-670955

AS6558



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

12739

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL HABIRI Nahla

Date de naissance :

23/10/84

Adresse :

03, Rue Abbès ELAKRAD, quartier des hôpitaux, Casablanca

Tél. :

066 2272 780

Total des frais engagés :

556,30

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

EL habir med Ghali

Age: 28 ans

Nom et prénom du malade :

EL habir med Ghali

Lien de parenté :

Affec Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

07 AVR. 2023

Enfant

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 : Casablanca

Le : 07/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

A.



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
27/03/23	OZ	-	300,00	INP : [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU JASMIN Mme. LAMRANI Rajaa 61, Avenue 2 Mars - CASA tel. 05 22 81 17 67	27-03-23	256,30

ANALYSES - RADIGRAPHIES

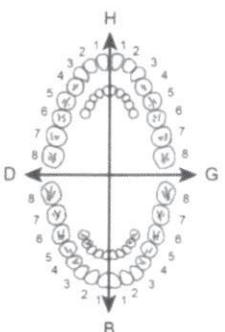
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

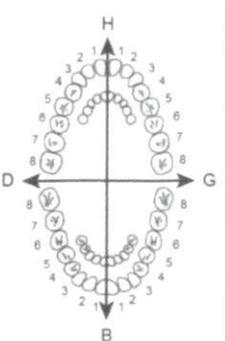
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	35533411	11433553
G		

[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

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. Rachid BENNOUNA

PEDIATRE

Diplômé de Faculté Médecine de Paris

Réanimation Néonatale

Gastro Entérologie Pédiatrique

Allergologie et Allergologique

I C E : 001635256000063

I N P E : 091027482



الدكتور رشيد بنونة

أخصاص في الرضيع والطفل

طب بباريس

عد ساقها

باريس

AUGMENTIN
500mg/62,50mg
12 sachets

AUGMENTIN
500mg/62,50mg
12 sachets

PPU: 79,90 DH
LOT: 650796
PER: 06/24

PPU: 79,90 DH
LOT: 650796
PER: 06/24

27.03.2023

Casablanca, le

ساعة، في

Age :

Poids :

Enfant EL HARIRI Med Ghali



2X 79,90

1 AUGMENTIN ENFT SACHETS 500MG

1 Sachet le matin et le soir, avant le repas, pendant 7 jours.

30,00

2 BETASTENE GOUTTES

200 gouttes le matin, au cours du repas, pendant 3 jours.

38,10

3 ULTRALEVURE 250MG SACHETS

1 Sachet le matin, pendant 10 jours.

28,40

4 APIRETIL 100MG/ML

20 dose kgs le matin, à 10h, à 16h et le soir, pendant 2 j.

256,30

صيدلانية الياسمين
PHARMACIE DU JASMIN
Mme. LAMRANI Rajaa
61, Avenue 2 Mars - CASA
Tél: 05 22 81 17 67



Fab: 6955 / 06/22
BIOCODEX MAROC PPV

Exp.: 06/25
لغاية:

38.10 D



إقامة مركز بنوونا - 30 زقة المرسي - المعارض - الدار البيضاء

Résidence du Centre BEN SAID - 30, Rue du Marché (Maârif) - Casablanca

Tél.: 0522.98.65.98 - Fax.: 0522.98.65.92 - Urgences Clinique AJIAL : 05.22.87.81

E-mail : bennounarachid41@gmail.com

61118000430018

28,40