

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 :

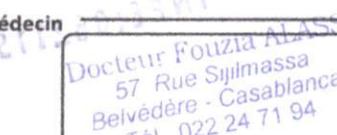
- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

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 :	12585	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ZFRHOUNI SOUFIANE AFZ805
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	0662129142	Total des frais engagés :	Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 Docteur Fouzia ALASS 57 Rue Sijilmassa Belvédère - Casablanca Tél 022 24 71 94			
Date de consultation :	15.06.2023		
Nom et prénom du malade :		Zerhouni Sofiane Age: 18	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
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 BLANCA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 15/06/2023



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
15.06.2023	Sg	1	300.000	INP : 0911007773 Docteur Faouzia BELMASSA 01 Rue Belmessa Belvédère Casablanca Tel 02 24 71 94

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H <hr/> D	21433552 00000000 G <hr/> B	25533412 00000000 <hr/> 35533411 00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Fouzia ALASS
Pédiatre.

Diplômée de la faculté de médecine de Paris
Spécialiste des maladies des enfants
et nouveaux nés
Ancienne assistante des hôpitaux de Paris
Diplôme d'université d'Endoscopie
Digestive et Proctologie Pédiatrique



الدكتورة فوزية العاص

طب الطفل والرضيع

خريجة كلية الطب بباريس

طبيبة سابقة بمستشفيات باريس

طب الجهاز الهضمي

Casablanca, le 15.06.2023 الدار البيضاء، في

Zerhouni. Sofia.

PPV: 20DH00
PER: 09/25
LOT: L3281

80,00

3) Curec sirup

132,00 2) lac lja pd 3-4j

2) DCS aero Pavone

16,60 3) Loripin ac pd 5.10

$$33,40 \times 2 = 66,80$$

4) Clonoxyl pd 5.00

85,00 5) lac lja pd 2-3j

5) Otolys pd 2-3j pd 3-6j

28,40 Aperilil

34,88 6) Ado 24 lja x 1 pd 2-3j

28,40

PHARMACIE SUN SQUARE ALMAZ SARL
Dr. Amrani Walid
Docteur en Pharmacie
Mag N-216, Sun Square Almaz, Quartier Almaz,
Rocade Sud Ouest - Casablanca
IF : 52600216 - Patente : 32966029
ICE : 00310738000072 - CNSS : 4298331



57 إقامة أولامبيا، زنقة سلجماسة بلفيدير، الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 24 71 94 - المستعجلات: 06 62 12 68

57 Résidence Oulumpia, Rue Sijilmassa Belvédère - Casablanca - Tél.: 05 22 24 71 94 - Urgences : 06 62 12 47 68