

## 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° W21-809947

174390

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

6019.

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

RASSID Saïd.

Date de naissance :

16/08/1965

Adresse :

529 lot Haj Rath.

Tél. :

0661586363

Total des frais engagés :

331,80.

Dhs

Autorisation CNDP N° A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Dr NOUNA M'hamed  
PEDIATRE  
82. Av. Aba Choueib Doukkali  
Ain Chifa 11 Casab 20550  
Tel: 0522.85.10.58

Cachet du médecin :

Date de consultation :

24/07/17

Nom et prénom du malade :

RASSID Nahrawi

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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 :

Le : 07/07/17

Signature de l'adhérent(e) :

REZA  
MUPRAS

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Hoporaires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
24.7.23	(s)	f	250	INP : <input type="text"/> Mohamed El Amri

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Dr NOUADA</i>	<i>24/10/2023</i>	<i>83,80</i>
<i>PHARMASIE BILAL</i>	<i>INPE</i>	<i>82, Ain Châtel</i>
<i>082015726</i>		<i>Tel.: 0522 85 05 50</i>

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# **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

Casablanca, le .....

24/07/2023

**Nom/Prénom :**

RASSID

Mahmoud

**Poids :**

Poids : 17,000 Kg

age :

Age : 3 ans et 9 mois

uf, 30



1 boite

1<sup>1)</sup> VENTOLINE 100µg Susp inh Fl/200d

Prendre 2 bouffées toutes les 2 heures, pendant 8 jours

1300



1 boite

2) NURODOL SUSP BUV

Donner 1 dose poids de 17 Kilos toutes les 6 heures

17,00



1 boite

3) DOLIPEDIATRIQUE 30MG/ML 15MG/DOSE

Donner 1 dose poids de 17 Kilos toutes les 6 heures



Dr NOUNA M'hamed  
PEDIATRE  
82. Ain Chifa II Casa Doukkali  
Tel: 0522.85.10.58



**الدكتور نونا محمد**

خريج كلية الطب بآميان

أخصائي في أمراض الرضيع و الطفل

مرض الربو ( الضيقه )

أمراض الحساسية

البيضاء في

1000

14,78

PPV 17 DH 5,0  
PER 09/25  
LOT L3280

10,00

GlaxoSmithKline  
Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat



118001 141258

VENTOLINE 100 mcg  
Aérosol 200 doses  
PPV 45,30 DH