

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 canalaire, 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 canalaire.

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° W21-810093

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

12739

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

EL HARIRI Nahel

Nom & Prénom :

23/10/1984

Date de naissance :

Adresse : 3, Rue Abbas AL AKRAD, Qm des hopitaux, Casab

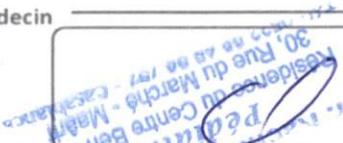
Tél. : 0662772780

Total des frais engagés :

600,60 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09.12.2023

Nom et prénom du malade : EL HARIRI Nid GHAFI Age: 35

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

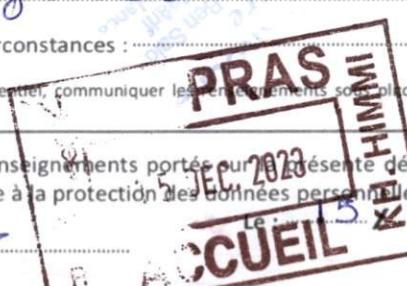
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attédocteur conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
09.12.23	{	-	300 DH	INP : 0510282H82 Pédiat... Hôpital de la Maternité et de l'Enfance de Casablanca Rue Ben Youssef 90 Casablanca Maroc
09.12.23	K m/z		300 DH	INP : 0510282H82 Pédiat... Hôpital de la Maternité et de l'Enfance de Casablanca Rue Ben Youssef 90 Casablanca Maroc

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

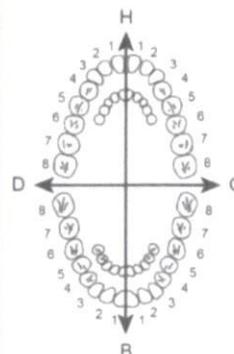
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr. Rachid BENNOUNA
PEDIATRE

Diplômé de Faculté Médecine de Paris
Réanimation Néonatale
Gastro Entérologie Pédiatrique
Allergologie Pédiatrique



الدكتور رشيد بنونة
اختصاصي في أمراض الرضيع و الطفل
خريج كلية الطب بباريس
أستاذ مساعد سابقاً
بمستشفيات باريس

Casablanca, le 09/12/23 الدار البيضاء، في

El HARIK' Jeel Ghali'

Reçu pour un trilobite $K_{10/2}$
la somme de trois cent dirhams

Dr. Rachid BENNOUNA
Pédiatre
Résidence du Centre Ben Said
30, Rue du Marché (Maârif)
Casablanca - Maroc

إقامة مركز بنسعيد - 30 زنقة المرشي - المعارف - 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 : 05.22.87.81.81

E-mail : bennouunarachid41@gmail.com - I C E : 001635256000063 - I N P E : 091027482

CE
2934



Self-test
Test di autodiagnosi
Auto-test

fluorecare®

SARS-CoV-2 & Influenza A/B & RSV Antigen Combo Test Kit
(Colloidal Gold Chromatographic Immunoassay)

ZESTAW COMBO ANTYGENÓW SARS-CoV-2 & Grypa A/B & RSV
(Chromatograficzny test immunologiczny z użyciem koloidalnego złota)

[REF] MF-71-1

