

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.

197/63
Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 42305

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FASSI FIMRI YASMINE

Date de naissance : 30/10/1984

Adresse :

Tél : 06-76-520-520

Total des frais engagés : 760,1300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/10/2014

Nom et prénom du malade : Hafid Hafid

Age : 15 mois

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Hafid Hafid

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 fournis sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :



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
He 101021 341		018	300,00 DH	INP : 101021 341 DR AIT M'HAMED Laila PEDIATRE Centre de Santé Bouskoura Résidence Hay Hassania

Cachet du Pharmacien
ou du Goumisseur

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Soigneur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE MAISIN Sonia 16/02/2024 INPE 172000</i>	10/02/24	760,10 DIA

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée. Il le pratiquera 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'opé

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



6 118001 171057

اختصاصية
طبية سابقة في المستشفيات
و في المشتشفيات

Pédiatre

Maladies du nouveau-né,
du nourrisson et de l'enfant

Ancienne praticienne au CHU de Casablanca
et aux CHP de Ouarzazate et Khouribga

10102424

Habiba Hammoudia

15/01/18

760,00

Vaccin



Prevenar 13

T = 760,00

PHARMACIE MASJID C.I.L.
Dr. Sonia Aboumerquane
N°22, Lotissement du Stade
Hay El-Mansour C.I.L - Casa
H. 61 - 0522 39 88 73

Dr AIT M'HAMED Laâd
PEDIATRE
49, Bd Yacoub Mansour, Résidence
Mansour, 2 étage, N°3, Hay Hassani
0522 39 39 04 / 0666 11 79 79

249, Boulevard Yacoub El Mansour
Résidence El Mansour. 2^{me} Etage. Apt3. Casablanca

T. 05 22 39 39 04 | Urgences. 06 66 11 79 79 | Email : draitmhamed@gmail.com