

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.

N° W19-542807

ND: 30254

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 12739	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL HARIRI Nahil			
Date de naissance : 23/10/1984			
Adresse : RES MAKHAZ3, Rue des Oudayas, LA VILLETTIE, Casablanca			
Tél. : 0662 772 780	Total des frais engagés : 311,20 DH Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<i>Dr SERRAJ ANDALOUSSI Nahil Pediatre - Neonatalogue 122. Av. 2 Mars - CASA Tél : 022 86.23.72</i>			
Date de consultation : 13/6/2020	Age:		
Nom et prénom du malade : EL HARI Nahil 2 ans 6 mois			
Lien de parenté : -	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : VALEUR			
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 et je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données à caractère personnel.
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
13/01/20 Cz			250	INP : 091489489 BRAJ ANDALUSSI Naim Neonatalogue Paris - CASA 23.72

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE EL JADIDA 1 Route El Jadida Magasin N°3 - Casablanca 5 22 55 20 27</i>	<i>13. 6. 20</i>	<i>61,20</i>

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 de l'ODF.

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			
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G B			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
					<input type="text"/> DATE DU DEVIS
					<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION

Dr.SERRAJ ANDALOUSSI Naïma
Pédiatre-Néonatalogue

الدكتورة سراج أندلسى نعيمة
اختصاصية في طب الطفل و الرضيع



13/6/20

El horri Ghali

61,20

B C 6



Dr. SERRAJ ANDALOUSSI Naïma
Pédiatre - Néonatalogue
122, Bd 2 Mars
El Fai - Route El Jadida Gh19
Imme. N°139 Magasin N°9 Casablanca
Tél: 05 22 65 20 21

PHARMACIE BAB EL KHEIR
El Fai - Route El Jadida Gh19
Imme. N°139 Magasin N°9 Casablanca
Tél: 05 22 65 20 21

une ampoule de 1
re de sodium pour

UT PASTEUR DU
Pasteur 20360, Ca
S DMP/21/NCF

LA PORTÉE ET DE LA VOL DE

-61-20

1 ml

VACCIN BCG

(Lyophilisé)

(0,05 ml - 20 doses / 0,1 ml - 10 doses)

