

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° W19-518180

AN = 31902

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 12648 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ENNAYAR OUSSAMA

Date de naissance : 08/05/1982

Adresse : Blouzdes Nouaceur 3ème C Apt 92
Nouaceur Casablanca

Tél. : 0656985405 Total des frais engagés : 1000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ENNAYAR RAMI Age : 25 an

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Toux

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.

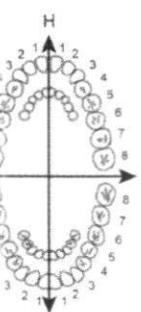
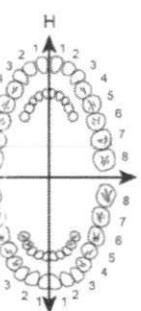
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca le : 03/04/2020

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 |
| 15/03/2018 | Co | 200,00.00 | INP : INPE-06119872 | Dr. FOUSSI MOUNIA Pédiatre La Resistance, El Walda 0522 51 42 88 |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| Dr Kaoutar Hachemi Pharmacienne Tél : 05 22 53 72 32 Casablanca | 16/03/2020 | 140,80 Dh |

| 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 PROTHÉSES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | |
| | | | H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 B 35533411 11433553 G | | |
| | | | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | |
| | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | |
| | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | |
| 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 | | | | | |

Dr. FOUSSI MOUNIA

Pédiatre

Ancienne Résidente du CHU Ibn Rochd
Diplômée de la Faculté de Médecine et de
la Pharmacie de Casablanca



د. الفوسي مونية

اختصاصية في أمراض الأطفال والرضع

طبيبة مقيمة سابقا بمستشفى ابن رشد للأطفال

دكتورة كلينيكي

والصيدلانية بالدار البيضاء

le 16 MARS 2020

Nom : _____

ENNAYAR

Rami

Age : _____
Poids : 14,1 kg



24,40

1 - Pivalone 11.

S.V.

1 goutte x 21j

III 5

21,40

2 - Betacnef

sin 202

S.V.

1/2 cam x 31j

III 1 sem.

20,00

3 - Curtec

sin 202

S.V.

1 camle sin. III 15j

25,00

4 - muache BB

S.V.

S.P.

Dr. FOUSSI MOUNIA

Pédiatre

Av. de la Résistance, El Wahda I, N° 98

Deroua. Tél: 0522 51 42 88

E-mail: mouniafouissi@gmail.com

شارع المقاومة، الوحدة 1 الرقم 98 ، الدروة

Avenue de la résistance, El Wahda I, N° 98 Deroua (En face ONE Deroua)

Tél.: 05 22 51 42 88 - Urg : 06 65 07 00 05 - E-mail : mouniafouissi@gmail.com