

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être clairement 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° W19-532387

35 366

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12297

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZERRARI MOUHCINE

22/03/83

Date de naissance :

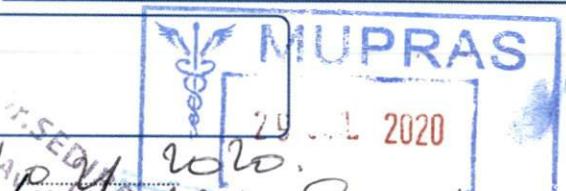
Adresse : Résidence BEVERLY HOUSE A19 ELMANOURA
Beyrouth - Liban

Tél. : 0671461432

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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'at: médecin 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) :

Le : 28/07/20

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

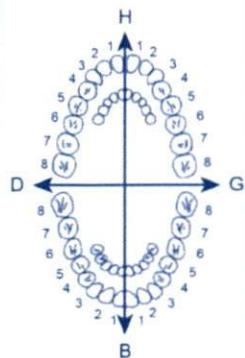
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PPV:			
PER:			

AUXILIAIRES MEDICAUX

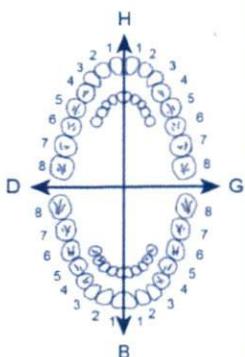
Date du Parcours	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	—
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

[Creation, Formation, adjunction]

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAILX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Respecter les doses pres
تحترم المقادير المسمية
AMM : 218 DMP/21/N

Bétabstène 0,05%, solution
buvable, flacon de 30ml



Doli® PEDIATRIQUE

PARACETAMOL

PPV 17DH50
PER 09/22
LOT 12159

17,50

LOT: M0207
EXP: MAR 2024
PPV: 78,60 DH

Montant détaillé
des Honoraires

AM

PC

IM

IV

Nombre

Date des

Sons

Date

de l'ordre

du patient

AUXILIAIRES MEDICAUX

Montant
des Honoraires

Date

Désignation des
Coffrillents

Désignation des
Coffrillents

Cachet et signature du

radiologue

LOT:

PER:

PPV:

24/40

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur
Montant de la Facture

EXECUTION DES ORDONNANCES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le paiement des Actes	INDEPARDANT MEDICAL	INDEPARDANT MEDICAL	INDEPARDANT MEDICAL	INDEPARDANT MEDICAL

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dr Mohamed SEDIRA
PÉDIATRE

Prématuré - Nouveau né - Nourrisson - Enfant
Diplômé de la faculté de Médecine de Paris
Médecin de Sport

15, Avenue des F.A.R.
1er étage, App. N°4 - Mohammedia
Tél.: C. : 05 23 31 06 08
Urgence : 06 63 44 32 71



الدكتور محمد سديرة
طب الأطفال

الرضيع - الأطفال
خريج كلية الطب بباريس
الطب الرياضي

15، شارع الجيش الملكي
الطابق الأول - شقة رقم 4 - المحمدية
العيادة : 05 23 31 06 08
المستعجلات : 06 63 44 32 71

Mohammedia, le

14 / 2 / 2020

المحمدية، في

Je soussigne, Dr

Certifie avoir reçu

Pour la consultation de l'enfant

Saouda ZERRARI

78,60 Af = 2 mois / 5,4 kg.
11 Jusqu'à 25mp
1 dose de 5,5 x 215
par lotos

21 Bétafentane Becté
56 gouttes () 25 ml

31 Dolépediatique
250 mg de 5,5 x 415 81,0238

84,60 H1 Pivalone nable
1 pette x 21 J

505

M. SEDIRIA Mohamed
Route Côtier F4B 2^e Etage
Mimoza - Mohammedia
N° 51 - 023.31.06.08

PHARMACIE ATLANTIC
Route Côtier Rabat Km1
Mimoza - Mohammedia
Tél.: 05 23 33 00 47