

## 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° W19-492904

N° = 17170

CA

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

112321

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HANK RIR Mohamed

Date de naissance :

1966

Adresse :

Tél. : 0662763468

Total des frais engagés : 273,70 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/11/2019

Nom et prénom du malade : Enf HANK RIR AHMED

Age : 7 ans

Lien de parenté :  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 au secrétariat 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 :

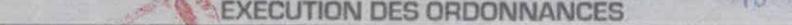
Signature de l'adhérent(e) :

20 JAN. 2020

Le : 20/01/2020



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
14/11/13	CS		250.00	INP : 031044826
 <b>Dr. LAHOUA AMAL</b> <b>Pédiatre - Endocriniste</b> <b>105, Rés. Sidi Abdellah - Casablanca</b>				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14-11-19	23,70

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																				
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> (List of treated teeth)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatments)	<b>Coefficient</b> (Coefficient)	INP : <input type="text"/>																
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																
				MONTANTS DES SOINS																
				DEBUT D'EXECUTION																
				FIN D'EXECUTION																
				<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 																
				<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
				H	25533412	21433552														
				D	00000000	00000000														
				B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553																		
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																				
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																				
<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>																				
<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>																				

PPV 120H40

LOT: 190576  
PER: 03-22  
PPV: 11,30DH



#### Prepared mini Amalg

## Pédiatre spécialiste

#### Maladies du nouveau né - Nourrisson - Enfant

## Allergie - Asthme

## Maladies respiratoire de l'enfant.

ICE : 001920875000044

INPE091044826

Enf. HANKRIR AHMED

1130

## 1/ VOGALENE SUPPO

1 suppo fois 2par jour  
si vomissement

12,40

2/ PARANTHAL SACHET 300MG

1 sachet fois 3 par j

23.70

~~Dr. LAHOU MIMI Amal  
Pédiatre Spécialiste  
405, Rés. Sofia Bd. El Qods - Casab  
Tél: 05 225 1205 06 124451  
Fax: 05 225 1044976~~

شارع القدس إقامة الصفاء تجزئة السكن الأنيق عمارة 405 رقم 12

الطاقة الثانية، الدارالسليمان، الهاتف: 0522502205، المستعجلات: 0514121266

Bd. El Quods, Résidence Safaq, Lot. Assakon Al Anik. Imm.405 - 2ème étage N°12 Casablanca.

Tel: 0522502205 - GSM: 0662124151 - Email: lablaouimim@gmail.com