

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 canalaire, 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 canalaire.

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12542

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BAOUCHI Khalid

Date de naissance : 15/08/1986

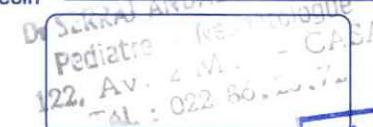
Adresse : Hassania 2 Bloc 6 N°184 EL ALI

Hassania

Tél. : 06 45 01 8832 Total des frais engagés : 490,9 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/01/2020

Nom et prénom du malade : BAOUCHI

JO 08 FEV. 2020

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Angine

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 : 08/01/2020

Signature de l'adhérent(e) : jj

ACCUEIL

FEV.

RELEVÉ 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
27/11/20	62	.	250	

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES :

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

ÉLÈVE 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'ostéodensitométrie.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Enfant Jad BAOUCHI

Age : 3 ans et 11 mois

Poids : 17,300 Kg

38,90 x 2

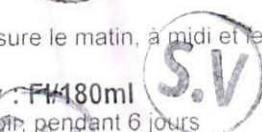


1) AMOXIL 500

24/12 Prendre 1 cuillère mesure le matin, à midi et le soir, pendant 6 jours

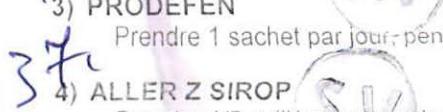
2) MUXOL 0,3% sol buv. 180ml

99 ✓ 1 c à c le matin et le soir, pendant 6 jours



3) PRODEFEN

Prendre 1 sachet par jour, pendant 10 jours



4) ALLER Z SIROP

Prendre 1/2 cuillère mesure le matin et le soir, pendant 10 jours

240, 9 =

Prescription
Dr. Serraj Andaloussi
Pédiatre-Néonatalogue
Casablanca, Maroc
05.22.86.23.72



08/

AMOXIL 500 mg/5 ml
poudre suspension buvable, 60ml



AMOXIL 500 mg/5 ml
poudre suspension buvable, 60ml



6 118000 160168

MUXOL
Ambroxol

Solution buvable - 125 ml



110186
05.2019
05.2021

LCR-Z 5mg/5ml
Solution buvable en flacon
contenant 120 ml

6 118000 082750