

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° W21-633108

80132

| | | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input checked="" type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : | Hammoudine 8644 | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | Société : RAM |
| Nom & Prénom : Hammoudine Lahcen | | | |
| Date de naissance : 25/05/71 | | | |
| Adresse : Hay Cherifa Résidence Riad Omania Appart 231 An chock Casablanca | | | |
| Tél. : 06 59 79 16 84 | Total des frais engagés : 660,02 Dhs | | |

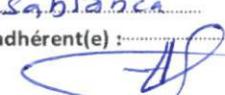
| | | | |
|---|-----------------------------------|----------|--|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| Date de consultation : 25/05/2021 | | | |
| Nom et prénom du malade : Dr. AMMIDINE RIBASSI Age: 31 Ans | | | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même | Conjoint | <input checked="" type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : Consultation + Vaccin | | | |
| 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. | | | |

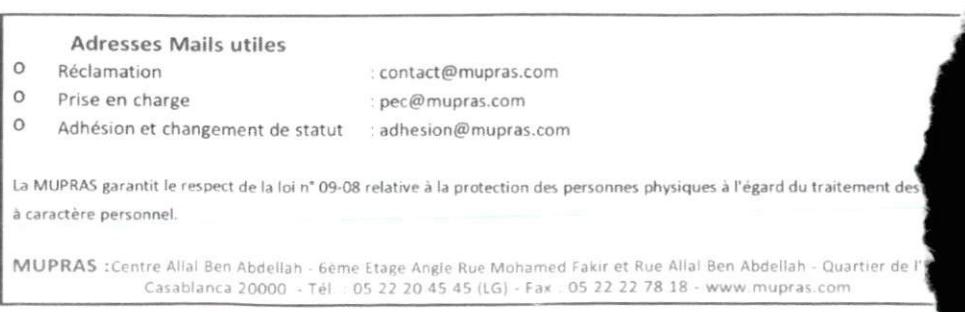
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 25/05/2021





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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 27/05/21 | 5 | | 250.00 | INP 09119630 Dr. Soumaya BASSIT Hay Elles PÉDIATRE |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|---|---|
|  |  |  |

Cachet et signature du _____ **Désignation des _____**

| Souscrit et signé par le Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Traitements des Honoraires |
|--|------|---------------------------------|-------------------------------|
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 | | | <input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> | | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | <input type="text"/> DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | |
| | | | | <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | |

ISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Soumaya BASSIT

Spécialiste des maladies de l'enfant, du nouveau-né et en nutrition
Médecin membre de la société marocaine d'endocrinologie (SMEDIAP)
Ancien médecin interne au centre de pneumo-allergologie, et au centre
d'hématologie et d'oncologie pédiatrique de l'hôpital 20 Août



الدكتورة سميرة بسيط

إختصاصية في طب الأطفال، حديثي الولادة والتغذية
طبيبة عضو بالجمعية المغربية لأمراض القدد والسكري للطفل
طبيبة داخلية سابقاً بمركز أمراض الحساسية والضيق و الجهاز التنفسى
و بمركز أمراض الدم و أنكولوجيا الأطفال بمستشفى 20 غشت
و بمركز الأطفال بمركز بولبيه

25/5/2024

ORDONNANCE

Hamidoune Rima

411,00

- P: 5Kg 800

15

1) Hexacim (vaccin)

2) Apis Mellifica 9 ch.
5 grals x 2 J (10)



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
HEXAXIM 0.5ML 1FL 2
AIG SP
P.P.V: 411,00 DH
6 118001 082063

Dr. SOUMAYA BASSIT
PÉDIATRE
Hay El Inara, 30 Bd. Aïdouas
Tél: 0522 520 401 - 0682 223 330

78, شارع المنظر العام عين الشق (أمام بريد المغرب)

78, Bd Panoramique Ain Chock (en face la poste)

Urgences : 06 82 22 33 90 - Tél. : 05 22 52 04 01 - Email : drbassitsoumaya@gmail.com