

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.

Biologie 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.

Education :

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.

Prothèse :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Mise 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 personnelles.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12731 Société : RAM

Actif **Pensionné(e)** **Autre** (g)

Nom & Prénom : MOUKASSE HOUSSAM

Date de naissance : 29-04-1991

Adresse : QUARTIER ALMAZ- RESIDENCE AMBAR 3- IMM A- APPT 21 - CASABLANCA

Tél. : 0661846053 Total des frais engagés : 200 t. 54,40 Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 9/11/2011

Nom et prénom du malade : MOUKASSÉ SOFIA Age :

Lien de parenté : **Lui-même** **Conjoint** **Enfant**

Nature de la maladie : Affection digestive

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 : Le : / /

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
11/11/2021			€ 200,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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'ORL.

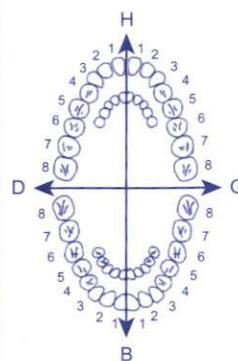
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

Cabinet Dr. Amal DAMIR

عيادة الدكتورة أمال دمیر



Pédiatre

Spécialiste des maladies des Enfants

Nourrissons, Nouveaux-nés

Allergologue

Asthme et Allergie des Enfants

اختصاصية في أمراض

الرضع والأطفال

اختصاصية في حساسية الأطفال

وأمراض الربو الخبيثة

الدار البيضاء، في :

08.11.2021

Casablanca, le :
Nourrisson MOUKASSE Sofia

جـ ٥٢

Age : 25 jours

- CRISTAL SUPPOSITOIRE

un suppositoire en cas de constipation

٤٦٤٥ - Dyphalax ١٢
câle ٢٢٩٣٨٥٩٦

Poids : 4,30 Kg



Dr. Amal DAMIR
دكتورة أمال دمیر
05 22 33 57 20

الطب النسبي اسلام
Dr. Amal DAMIR
Dr. Nassim Istane
Dr. Bennoune Soumaya
318 Lot. Nassim Istane Lissasta
Casablanca Tel.: 05 22 93 85 98

Dr. Amal DAMIR
دكتورة أمال دمیر
05 22 33 57 20
الطب النسبي اسلام
Dr. Amal DAMIR
Dr. Nassim Istane
Dr. Bennoune Soumaya
318 Lot. Nassim Istane Lissasta
Casablanca Tel.: 05 22 93 85 98

الرجاء احترام وصفة طبيكم

Bd. Abou Bakr El Kadiri, Lotissement Haddiou N°497, Sidi Maârouf - Casablanca

شارع ابو بكر القادري تجزئة الحديبوi الرقم 497 - سيدى معروف - الدار البيضاء

Tél. : 05 22 33 57 20 - GSM : 06 61 09 74 40 - الماتف : البريد الإلكتروني : damiramal25@hotmail.com

Nourrissons

Voie Rectale

10 Suppositoires

Glycérol (0,69 g)

cristal[®]

LOT : 211039
PER : 06-2024
PPV : 9,00DH

COOPER
PHARMA

cristal[®]

Nourrissons

Duphalac

66,5%

Lactulose

LOT : 21E001
PER.: 08/2023

DUPHALAC 66,5%
SOL BUV 200 ML



P.P.V : 45DH40



6 118000 010494

