

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° W19-547501

96231

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>356A</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>KALMANE NABIL</u>
Nom & Prénom : <u>KALMANE NABIL</u>			
Date de naissance : <u>11.01.70</u>			
Adresse : <u>235 AV Yacoub el mansour</u>			
<u>MAIS CORAIL</u>			
Tél. : <u>0653 350669</u> Total des frais engagés : _____ Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
<u>DR EL BOURY Chadia</u> <u>Pédiatre</u> <u>264 Angle Bd. Ghandi et Omar El Khayam</u> <u>Rés. Jawhara Apt. 14 - 3ème Etage</u> <u>CASABLANCA</u> <u>Tél/Fax: 05 22 95 11 38-GSM: 06 71 24 78 17</u>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>14 OCT 2021</u>			
Nom et prénom du malade : <u>KALMANE Ghali</u> Age : <u>2008</u>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>Angine - Laryngite</u>			
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
16 OCT 2021	Actes	C2	250,00	IN RY M Pédiatre Bd. Ghandi et Ouar El Khayam 3ème Etage 20A - App. 14 Rue Jemara Casablanca 22 95 11 38 69 06 71 24 78 77

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE LES SAISONS 3, Rue Porteau, N° 67 Tél : 05 22 25 8321 - Fax : 05 22 25 8107 E-mail : ph-les-saisons@orange.fr	14. 10. 2011	106, 50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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'ODDF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	 <p>H G</p> <p>D B</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

Dr EL BOURY Chadia
Pédiatre

Cardiologie Pédiatrique
Néonatalogie et Asthme de l'Enfant



الدكتورة البويري شادية

إختصاصية في أمراض الطفل والرضيع
أمراض القلب والريبو عند الطفل

Casablanca, le

14 OCT 2021

64, 10

Kazma Gholi

1) Adine 1f S.V.

42, 80 1 cp x 210

2) Emmane cp ci suci S.V.

1a6, 90



Dr H. Kassi
A. Bd Rifiat - Rue des Arcades, Casablanca
Tél : 05 22 25 50 31 - Fax : 05 22 21 51 47
E-mail : ph.arcade.casa@gmail.com

Dr EL BOURY Chadia
Pédiatre
264, Angle Bd. Ghandi et Omar El Khayam
Rés. Jawhara Appt 14 - 3ème Etage
CASABLANCA
tél/Fax 05 22 95 11 38-GSM 06 71 24 76 77