

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment rempli.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- 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.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

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.

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture

REDOUCATION :
L'entente préalable renseignée par le médecin
rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier

Stade :
En cas de prothèse ou de traitement

Le facture doit être jointe à la feuille de soins pour

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèse

ALD et ALC

La déclaration de maladie chronique doit être ren-

ouvelée tous les 6 mois.

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° W21-671129

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : *102117*

Matricule : *102117*

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *GOUNDOU*

Date de naissance : *01-10-74*

Adresse : *18 GR KANOUA 41N SERRA*

Tél. : *661297821*

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *08/10/21*

Nom et prénom du malade : *Kandmi Iyad*

Age : *2 ans*

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : *TRACHEITE*

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 : *ASPI*

Le : *22/10/21*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
08/10/21	C.)	200 DH		INP 21/10/2021 DR. EL MOUKHLIS SIDI BOUABDE Pédiatre 264, bd Mokhtar Ben Ahmed Gnaouas. Quartier Al Qods. Sidi Benmoussa, Casablanca Tél: 0527 78 78 99. Urg: 0661 48 2328

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
REFERENCE 054	08/10/21	155, 40 DH

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>	MONTANTS DES SOINS	
	DEBUT D'EXECUTION	
	FIN D'EXECUTION	
	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 21433552 00000000 00000000 D 00000000 35533411 G 11433553 B</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	Coefficient DES TRAVAUX
		MONTANTS DES SOINS
		DATE DU DEVIS
		DATE DE L'EXECUTION
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. FERDAOUS ELMOUKHLIS

- Pédiatre
- Allergie et asthme de l'enfant
- Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca
- Ancienne Médecin Interne au CHU Ibno Rochd
- Ancienne résidente à l'hôpital d'enfant Abderahim Elharouchi



الدكتورة فردوس المخلص

- اختصاصية في أمراض الأطفال و الرضع
- الحساسية و الربو عند الأطفال
- خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
- طبيبة داخلية سابقاً بالمستشفى الجامعي ابن رشد
- طبيبة سابقاً بالمستشفى الجامعي عبد الرحيم الهاروشى

Casablanca, le

Ordonnance

Casablanca Le 08/10/2021

Enfant IYAD KARAMI

Poids= 15 kg

21,50
30,00 *SV*
30,00 *SV*
29,50 *SV*
24,00 *SV*
1. COQUELUSEDAL 250 mg x 1 suppo x 3/j
2. BETASTENE GOUTTES : 150 gouttes /J 2j
3. APIXOL SIROP ENFANT : 1 càc x 4/j
4. STERIMAR NEZ BOUCHE : 1 pulv x 3
5. PIVALONE gouttes : 1 gouttes x 3 après lavage
6. ALGOFEN : 1 DDP X 3/j si fièvre



264, شارع المختار بن أحمد الكروانوي حي القدس - سيدى البرنوصي - الدار البيضاء

264.Av Mokhtar Ben Ahmed Guermaoui. Hay Qods - Sidi Bernoussi - Casablanca
Tél.: 05 22 76 76 99 / Urg : 06 61 45 23 26 - E-mail : docteur.elmoukhlis@gmail.com

LOT 210319
EXP 02/2024
PPV 21,50 DH

spaux

LOT : 5689
UT. AV: 12-22
P.P.V 30 DH 00

24,10 DH

30 DH

Lot:
À consommer
avant le:
PPC: 79,50 DH

210295

05/2024

29,10

LOT:

PER:

PPV:

24,40

24,40 DH