

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.

Éducation :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Déclaration de Maladie

N° M21- 1053297

106194

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6419 Société : RAMT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : RASS, D. SAB

Date de naissance : 16/08/1963

Adresse : 629 lot Haj Taifi casablanca

Tél. : 0661566363

Total des frais engagés :

349,6 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. NOUNA M'hamed
PEDIATRIE
82, Av. Aba Chiba n° Douk 37
Ain Chicha 11 Casab. 2550
Tel: 0522.85 10.58

Autorisation CNDP N° : A-A215 / 2019

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/02/2022

Nom et prénom du malade : RASS, D. Nahrour Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : angor

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 : 02/02/2022 Le : 02/02/2022

Signature de l'adhérent(e) :

cesaflan au

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
2.2.22	C)	1	250	<i>OUNA M. M. 2021-2022</i> 11 honor. 250 2.85.70.50

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

Digitized by srujanika@gmail.com

100

10/10/2019

DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur NOUNA M'hamed

Pédiatre

Lauréat de la faculté de médecine d'Amiens
 Spécialiste des maladies du Nouveau-né
 Nourrisson et L'Enfant
 Asthme de l'enfant et Maladies
 Allergiques

الدكتور نونا محمد

خريج كلية الطب بآميان

اختصاصي في أمراض الرضيع و الطفل

مرض الربو (الضيقية)

أمراض الحساسية

البيضاء في

Casablanca, le 02/02/2022

Nom/Prénom : RASSID Mahmoud

Poids : Poids : 15,000 Kg age : Age : 2 ans et 3 mois

26.00

1) TOBREX 0,3 % Collyre Fl/5ml

Prendre 1 goutte 6 fois par jour, pendant 6 jours

55.20

2) AXIMYCINE 500 MG PDRE PSUSP BUV

Prendre 1 cuillère mesure le matin et le soir, pendant 7 jours

17.50

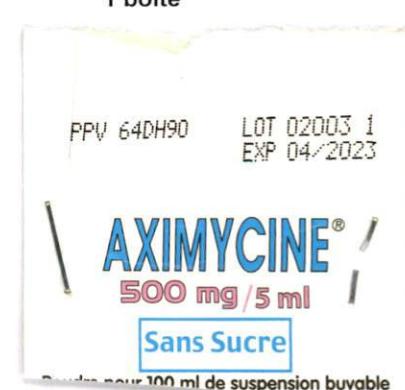
3) DOLIPEDIATRIQUE 30MG/ML 15MG/DOSE

Donner 1 dose poids de 15 Kilos toutes les 6 heures

$\frac{1}{2} = 99.60 \text{ Dhs}$



Dr NOUNA M'hamed
 PEDIATRE
 82, Av. Aba Chouaib Doukkali
 Ain Chifa II - Casablanca 20500
 Tel: 0522.85.23.58



02 fevr 2022