

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 canalaire, 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 canalaire.

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 |

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° W21-686432

911699

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 12607		Société : RAN	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Amme
Nom & Prénom : SBAZ		Date de naissance : 05/01/1987	
Adresse : Résidence Argue Marine Appart N° , ADR Bouzeta Nouaceur		Tél. : 0676383530 Total des frais engagés : 368,40 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin
Cachet du médecin :
Dr Hicham KADMIRI Pédiatre Tél : 07.08.08.69.44
Date de consultation : 30/03/2022
Nom et prénom du malade : Aida Sbaï
Age : 2 ans 1/2
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Infection respiratoire
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

Le : 30/03/2022

Signature de l'adhérent(e) : RAN

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
30/03				INP : 091283874
22/22	1 CS	1	250DH	 Dr. Hicham KADMIRI Médecin

Dr. Hicham KADMIRI
Pédiatre

Page 11 of 14

Tel: 07.33.33

EXECUTION DES ORDONNANCES

Tél: 07.08.06.05-1

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL HAWDOLILLAH Dr. ZAIDI Hafida Lot Anssari N°123 Dar Bouazza - Casablanca INPE : 092087214	30/03/2022	118.45

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur
Pharmacie EL HAWDALIAT
D. ZAIDI Hafida
Lot Anissari N° 123
Dar Bouazza - Casablanca
INPE : 092067214

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

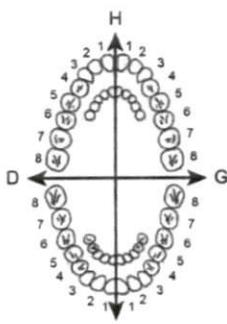
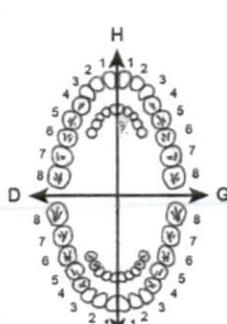
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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"/> CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DÉBUT D'EXÉCUTION
				<input type="text"/> FIN D'EXÉCUTION
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> CŒFFICIENT DES TRAVAUX
	$ \begin{array}{r} H \\ 25533412 \quad \quad 21433552 \\ 00000000 \quad \quad 00000000 \\ \hline 00000000 \quad \quad 00000000 \\ 35533411 \quad \quad 11433553 \\ B \end{array} G $ <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS
				<input type="text"/> DATE DE L'EXÉCUTION

Dr Hicham KADMIRI

- Pédiatrie
- Néonatalogie
- Urgences



الدكتور هشام القدميри

- طب الأطفال و الرضع
- و حديثي الولادة
- مستعجلات

Casablanca le... 3.03.2022....

Adam Sbai

93,40

93,40

① Ofihen enfants

S.V

1 dose de 15 Kg x 2/j pendant 7 jours

PPV : 23.10.20

Pharmacie EL HAMDOULLAH
Dr. ZAIDI Halida
Lot Anssari N°123
Dar Bouazza - Casablanca
Tél : 05 22 29 09 49

② Erflus

↓
25,00

S.V

5,00 1 càc le Sein pendant 10 jours

③ Doliprane pédiatrique

1 dose de 15 Kg chaque 6h si fièvre

T 18,60

Dr Hicham KADMIRI
Pédiatre
Tél : 07.08.08.69.44