

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

- Réclamation : contact@mupras.com
 Prise en charge : pec@mupras.com
 Adhésion et changement de statut : adhession@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.

126/9

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12731	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MOUKASSE HOUSSAM			
Date de naissance : 29-04-1991			
Adresse : ALMAZ- RESIDENCE AMBAR3-IMMA- APPT 21- CASABLANCA			
Tél. : 0661 846053	Total des frais engagés : 250 + 74,80 Dhs		
Cadre réservé au Médecin			
<p><i>DR. A. KADRI</i> <i>Pédiatre</i> <i>Rd. abou Bakr El Kadri Los Haddouj</i> <i>N° 407 Sidi Maâoul - Casablanca</i> <i>Tél. : 05 22 33 57 20</i></p>			
<p>MOUKASSE Sofia Age : 1</p>			
<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Naâlin			
Nature de la maladie :			
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **1**

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
15/8/2022			€ 2 200,00	INP : 051920463 Amal Djabir El Kadien La Marrouf - Casablanca 33 57200

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien et du Fourguiseur	Date	Montant de la Facture
<p style="text-align: center; transform: rotate(-15deg);">PHARMACIE AL IMAAN BAKER</p> <p>Dr. MEDDAH MOUSSA Takemai, Rue 28 N° 84 Casablanca 05 22 21 33 13 06 61 08 55 75</p>	<p style="text-align: center; transform: rotate(15deg);">15/03/2024</p> <p style="text-align: center; transform: rotate(15deg);">300</p>	<p style="text-align: center; transform: rotate(15deg);">300</p>

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
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 PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														



Cabinet Dr. Amal DAMIR

عيادة الدكتورة أمال دمير

Pédiatre

Spécialiste des maladies des Enfants

Nourrissons, Nouveaux-nés

Allergologue

Asthme et Allergie des Enfants

15.08.2022

اختصاصية في أمراض

الرضع والأطفال

اختصاصية في حساسية الأطفال

وأمراض الربو الضيقية

الدار البيضاء، في

Nourrisson MOUKASSE Sofia

Casablanca, le :

Age : 10 mois 1 jour

Poids : 10,40 Kg

ENGERIX B PÉDIATRIQUE

24.80

SV

Dr. MEDDAH MOURAD
Haly Lakemba, Rue 28 N°64
GSM: 06 61 08 55 05
Tél: 05 22 21 33 13

ID: 646609
GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 74,80 DH
6 118001 140244

Dr. Amal DAMIR
Pédiatre
Bd. Abou Bakr El Kadiri
Casablanca

الرجو إحترام وصفة طبيكم

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

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

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