

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-543861

726524



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12731

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUKASSI HOUSSAM

Date de naissance : 29-04-1991

Adresse : ALMAZ - RESIDENCE AMBAR3 - IMM A-
APPT 21 - CASABLANCA

Tél. 0661836053

Total des frais engagés : 250 + 133,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Date de consultation

Nom et prénom du malade

Lien de parenté

Nature de la maladie



MOUKASSI Sifa

Age :

Enfant

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 : 1/10/2019

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
13/07/2022			€ 250,00	Dr. KADIR El Kadiri Pédiatre Maârouf - Casablanca 5522 3357 22

EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture	
<p>HARMACIE AL IMAM MALEK Dr. MEDDAH Mourad Hay Lakem, Rue 28, N°64 Casablanca Tel: 05 22 21 33 13 GSM: 06 61 08 55 05</p>	17/07/22	139,20	139,20

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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
				INP : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input type="checkbox"/>																
				FIN D'EXECUTION <input type="checkbox"/>																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	D		00000000	00000000	B		35533411	11433553	G			
H		25533412	21433552																	
D		00000000	00000000																	
B		35533411	11433553																	
G																				
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>																		
		MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>																		
		DATE DU DEVIS <input type="checkbox"/>																		
		DATE DE L'EXECUTION <input type="checkbox"/>																		



Cabinet Dr. Amal DAMIR

عيادة الدكتورة أمال دمير

Pédiatre

Spécialiste des maladies des Enfants

Nourrissons, Nouveaux-nés

Allergologue

Asthme et Allergie des Enfants

13.07.2022

اختصاصية في أمراض

الرضع والأطفال

اختصاصية في حساسية الأطفال

وأمراض الربو الصبيحة

Nourrisson MOUKASSE Sofia

Casablanca, le : الدار البيضاء، في :

Age : 8 mois 30 jours

Poids : 10,00 Kg

139,20 - PRIORIX

IS

Dr. AMAL IMAM MALEK
r. MEDDAH Mourad
r. Lotissement, Rue 28, N°64
Casablanca
tél. 05 22 21 33 13
tél. 06 61 08 55 05

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 139,20 DH
ID: 648254
6 118001 140923

Dr. Amal DAMIR
Pédiatre
Bd. Abou Bakr El Kadiri, Lotissement Haddiou
N° 497 Sidi Maârouf - Casablanca
tél: 05 22 33 57 20

الرجو إحترام وصفة طبيبك

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

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

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