

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 : 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° W19-497002

133083

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1A448

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KHYAR KAMAL

Date de naissance : 11-09-76

Adresse :

Tél. : 93 35

Total des frais engagés : _____ Dhs

Dr NOUNA M'hamed

PEDIATRE

82, Av. Aba Choueib Doukkali
Ain Chicha 11 Casab 20550
Tel: 0522.85 70.58

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/01/22

Nom et prénom du malade : KHYAR

Age: _____

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

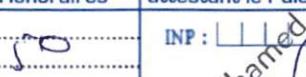
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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.

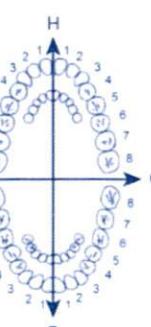
Fait à : N.S.R

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 03/11/2022

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
3.10.22	CS	1	850	INP : <input type="text"/> 
				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE MERLAQ Dr. El HADJ Hamri Dr. Azzouz My Hamri Dr. Bouazza - Casablanca Tel: 64 45 04 77	03/10/88	MF 5, - f0

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 <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"/>																						
		Coefficient des travaux <input type="checkbox"/>																						
		Montants des soins <input type="checkbox"/>																						
		Début d'exécution <input type="checkbox"/>																						
		Fin d'exécution <input type="checkbox"/>																						
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 		DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" data-bbox="1504 890 1736 1032"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D		G		00000000	35533411	00000000	11433553	B			
H		G																						
25533412	00000000	21433552	00000000																					
D		G																						
00000000	35533411	00000000	11433553																					
B																								
		Coefficient des travaux <input type="checkbox"/>																						
		Montants des soins <input type="checkbox"/>																						
		Date du devis <input type="checkbox"/>																						
		Date de l'exécution <input type="checkbox"/>																						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																								
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																								

Docteur NOUNA M'hamed

Pédiatre

Lycée 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 احمد

خريج كلية الطب بآميان

أخصائي في أمراض الرضيع و الطفل
مرض الربو (الضيقية)
أمراض الحساسية

البيضاء في

Casablanca, le 03/10/2022

Nom/Prénom : KHYAR

Ghali

Poids :

Poids : 35,000 Kg

age :

Age : 11 ans et 8 mois

135,-

1) RINOCLENIL 100 PULV NASALE FL 200 DOSES



1 boite

Faire 2 pulvérisations le soir, pendant 3 mois à 18h

40,50

2) LOREUS CP 5MG BOITE DE 30 CP



1 boite

Donner 1 comprimé le soir, pendant 15 jours

**✓
P=135,50**



Dr NOUNA M'hamed
PEDIATRE
82. Av. Aba Chouaib Doukkali
Ain Chifa II (cad 2050)
Tel: 0522.85 40.58



PHARMACIE MERZAQ
Docteur AMIN BOULHALA
DR. El Fokra Hart Hamri
Oulad Azzouz Rte MY Ithemi
Dar Bouazza - Casablanca
GSM : 06 64 45 04 77