

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.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-726049

242234

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) 12936

Matricule : Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAAMOURI MAROUANE

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 0661 968974 Total des frais engagés 814,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

16 DEC. 02

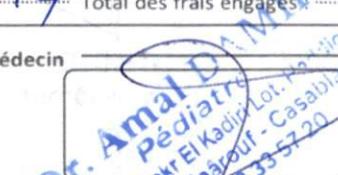
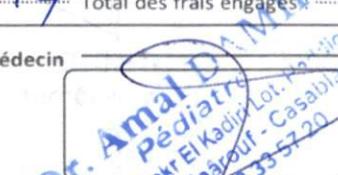
Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :



LAAMOURI Mehdi. Age: 30

Lui-même

Conjoint

Enfant

Affecte à Dr. Amal D. M. R.

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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 15/12/2022

Signature



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
15/11/2022			2250 MAD	INP 09192443 Médecin : Dr. Hafid Kamal Lot Hamra Casablanca 15720

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Ma Pharmacie</i> Sidi Maârouf Casablanca 522785205	15/11/22	<i>H 564,15</i>

ANALYSES, RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date Tél : 05 22 78 62 09	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires

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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Cabinet Dr. Amal DAMIR

عيادة الدكتورة أمال دمیر

Pédiatre

Spécialiste des maladies des Enfants

Nourrissons, Nouveaux-nés

Allergologue

Asthme et Allergie des Enfants

15.11.2022

اختصاصية في أمراض

الرضع والأطفال

اختصاصية في حساسية الأطفال

وأمراض الربو الضيقية

Enfant LAAMOURI Mehdi Casablanca, le : 15/11/2022

107,20 Age: 5 ans 9 mois

Poids : 22,00 Kg

27,76 76,90
ORELOX SUSPENZABLE ENFANT:100ML

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1
Ain sebâ Casablanca
Orelox 40mg/5ml susp
fl 100ml

P.P.V : 107,20 DH

6 118001 080625

une dose de poésie, deux fois par jour pendant 8 jours

40,00

2 - COTIPRED 20 mg/500 EFF

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1
Ain sebâ Casablanca
Orelox 40mg/5ml susp fl 50m
P.P.V : 76,90 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1
Ain sebâ Casablanca
Orelox 40mg/5ml susp fl 50m
P.P.V : 76,90 DH

6 118001 080618

3 - BIS-MAAROUF SIRUP

un comprimé à prendre le matin, pendant 5 jours
40,00
Bis. Maârouf Sidi Maârouf
Tél: 05 22 78 62 05

6 118001 080618

PPV: 40DH00
PER: 08/25
LOT: L2795

40,00
4 - STERIMAR STOP ET PROTECT RHUME

2 pulvérisations le matin et le soir, pendant 6 jours.

102,10

5 - TABUNEX 0,05% SPRAY NASAL

Faire 1 pulvérisation le matin et le soir, pendant 1 mois.

27,40

6 - ZYRTEC SIRUP

Prendre 1 cuillère-mesure le matin et le soir, pendant 1 mois.

- Avançotol gtes : 1 gte x 3 gtt

Dr. Amal DAMIR
Pédiatre
Bd. Abou Bakr El Kadiri Lot
N°497 Sidi Maârouf - C
Tél: 05 22 33 57 20

Per.: 10/2021
10/2024

PPV: 102,10 DH

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

القادرية تجزئة الحديديي الرقم 497 - سيدى معروف - الدار البيضاء

Tél. : 05 22 33 57 20 - GSM : 06 61 09 74 40 - الماتف : damiramal25@h

الرجو إحترام وصفة طبيبك

564150

27,40