

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° W21-650194

(140996)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 13426

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENHABIB NEDDELLAH

Date de naissance :

31/10/1991

Adresse :

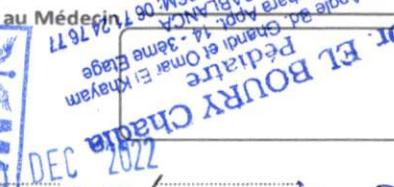
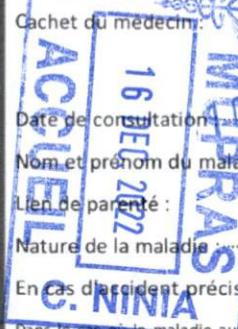
Palmeraie BM 100, Route 21 Casablanca

Tél. : 0613663717

Total des frais engagés :

614100 Dhs

Cadre réservé au Médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 : 10/12/22

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
10 DEC 2022	DR. EL BOURY Chadi	250 DT		INP : 09102224 Dr. EL BOURY Chadi Pédiatre 264, Agdal Sou Ghandi, et Omer El Khayam Des. Jauhara App. 14, 3eme Etage CASABLANCA Tél: 0522 334 405 Fax: 0522 334 623

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TLET BOUSKOURA CENTRE Casablanca	10.12.22	364

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

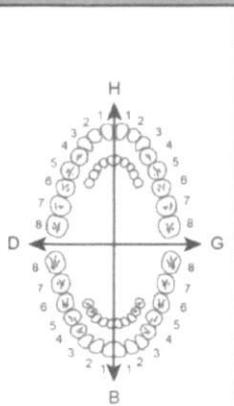
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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 : []

O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX []

MONTANTS DES SOINS []

DEBUT D'EXECUTION []

FIN D'EXECUTION []

COEFFICIENT DES TRAVAUX []

MONTANTS DES SOINS []

DATE DU DEVIS []

DATE DE L'EXECUTION []

Dr EL BOURY Chadia

Pédiatre

Cardiologie Pédiatrique

Néonatalogie et Asthme de l'Enfant



الدكتورة البويري شادية

إختصاصية في أمراض الطفل والرضيع

أمراض القلب والريو عند الطفل

Casablanca, le

10.12.2022

Nourrisson BENHMID Razane

Age : 18 mois 23 jours

Poids : 10,20 Kg

364

VARIVAX pdre/solv p susp inj : Fl pdre/1

VARIX : 05 22 95 11 38-GSM : 06 71 24 76 77
Res. Jawhara Appart 14 - 3ème El Aghe
264, Angle Bd Ghandi et Omar El Khayam
Merck Sharp & Dohme BV
Waarderweg 39 P.O. 581
2031 BN, 2003 Haarlem
Pays-Bas / هولندا

S.V.

تم اصدار التسفيهة من قبل

Merck Sharp & Dohme BV

Waarderweg 39 P.O. 581

2031 BN, 2003 Haarlem

Pays-Bas / هولندا

VARIVAX® vaccin
Livevaccin voor kinderen
Boite d'un flacon unidose de 0,5 ml
PPV: 364.00 DH
AMM N°: 789/160MP/21/NSF
Distribué par MSD Maroc

