

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° W21-778569

144857

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 6919			
Société :			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	RAM
Nom & Prénom : RASSID Saïf			
Date de naissance : 16/08/1967			
Adresse : 529 lot Haj Fath casablanca			
Tél. : 0661566363 Total des frais engagés : 727,40 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Dr NOUNA M'hamed PEDIATRE 82, Av. Aba Chouaib Doukkali Ain Chifa II Casa 20550 Tel: 0522.85.10.58		
Cachet du médecin : <i>Dr M'hamed</i>			
Date de consultation : 13 JAN 2013			
Nom et prénom du malade : 64800 Noura Age :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : cas d'herp + pharyngite			
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 : casablanca Le : 31.12.2012
Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
31.12.12	92	1	250	INP : <input type="text"/> M'hamed Mina Doukkali 11 RP 20550 58

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Date	Montant de la Facture
31/12/22	477.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

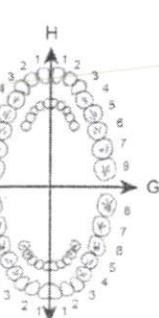
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		AM	PC	IM	IV		

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'OROF

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 PROTHESES DENTAIRES				
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			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"/>
	H			
	25533412	21433552		
	00000000	00000000		
	D			
	00000000	00000000		
	35533411	11433553		
	B			
	[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

Docteur NOUNA M'hamed

Pédiatre

Lauréat 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 31/12/2022

Nom/Prénom : RASSID **Mahmoud**

Poids : Poids : 17,000 Kg **age :** Age : 3 ans et 2 mois

1) SERETIDE 125/25µg Susp inh Fl/120doses

2 boites

Donner 1 bouffée le matin et le soir, pendant 3 mois

2) VENTOLINE 100µg Susp inh Fl/200d

1 boite

Prendre 2 bouffées toutes les 2 heures

3) AXIMYCINE 500 MG PDRE PSUSP BUV

PPV 55DH70 LOT 25003 4
EXP 10/2025

Prendre 1 et 1/2 cuillère mesure le matin et le soir, pendant 7 jours

4) TOBREX 0,3 % Collyre Fl/5ml

AXIMYCINE®
500 mg / 5 ml
Sans Sucre

Poudre pour 100 ml de suspension buvable

Prendre 1 goutte 6 fois par jour, pendant 6 jours

PHARMACIE AÏN CHIFA
82, Av. Aba Chouaïb Doukkali
Aïn Chifa II - Casablanca
Tél: 0522 81 16 97

Dr NOUNA M'hamed
PEDIATRE
82, Av. Aba Chouaïb Doukkali
Aïn Chifa II - Casablanca 20550
Tel: 0522.85.10.58

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 175,00 DH
ID: 650239
6 118001 141869

GlaxoSmithKline
Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat

ID: 649667
Région de Rabat
PPV: 175,00 DH
6 118001 141869

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH
6 118001 141258