

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10697

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL QENI AAR

NAFIBA

Date de naissance :

2021-03-178

Adresse :

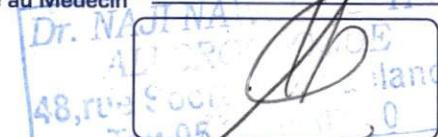
Tél. : 05 22 18 69 012

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

04/01/2023

Nom et prénom du malade :

Benaissa Karuma

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Allégi, allergique

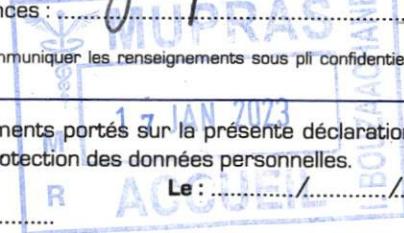
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



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
04.01.2023	2	# 350	0.00	<i>LETTIN</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Réf. Montant de la Facture
Signature Charles Nicole DYARTAK-TAK Charles Nicole Bianca Date 22 2023 11	04/07/23	1602.60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

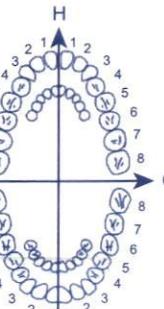
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur NAJI Nawel-Sophie

الدكتورة نجى نوال صوفي

Immuno-allergologue

اختصاصية في أمراض الحساسية

Asthme, eczéma de contact

مرض الروي - كزيمة

Rhino-conjonctivites allergiques

حساسية الأنف والعين

Allergies alimentaires et médicamenteuses

الحساسية الغذائية والدوائية

Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux

خريجة جامعة الطب ببوردو

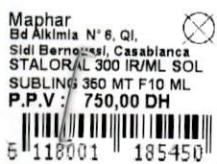
Ancienne assistante des hôpitaux de Bordeaux

طبيبة أخصائية مستشفيات بوردو سابقاً

Consultations sur rendez-vous

الاستشارات بالموعد

le 04-1-2023



KARIMA Benissa

Pharmacie Charles Nicolle
HEDYA TAK-TAK
19, Place Charles Nicolle
Casablanca

Tél: 05 22 47 50 44 / 05 22 20 20 41

D. ceere 100 000

50,00 dz

1A / 15jrs pdt.
1 mois plus 1A/mois

staloral 300 IR



2 flacons

ref 314 + 315

4 gouttes pdt 1 pression

- ACVITYL

1cp/j pdt 1 mois 1/2

- MAGNESIUM 7 anni

1 matin et soir pdt 6-7jrs.

102,60

1/j ts les j - 2 mois

- AERIUS ep

1/j ts les j - 2 mois

- NASONEP

Dr. NAJI NAWEL-SOPHIE
ALLERGOLOGUE
10, rue Sidi Bennouss Casablanca

Tel: 05 22 99 07 80



SOCRATE (Niveau stade d'honneur, face CNSS)
1 - Casablanca - Tel: 0522 99 07 80 - 0619 29 17,30

160,60