

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-618506

148920

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>13146</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>El Mouttaouik Bileah Abderrahmane</u>			
Date de naissance : <u>27/08/93</u>			
Adresse : <u>LANHARI BORT ZAITOUNE</u>			
Tél. : <u>0613 21 22 84</u>	Total des frais engagés :		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : <u>17 DEC 2022</u>			
Nom et prénom du malade : <u>El Mouttaouik Bileah Abderrahmane</u>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>Pathologie respiratoire</u>			
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'atté médecin conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Le : 18/12/2022

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
17 DEZ 2022	Co.		1000,00	DRAGOVIC MIRKO
				INP 106181201805635 N° 6 Belgrad
				El Khatib - Elmo 3, N° 6 Belgrad
				Angie Bd Mochtaridin A 61 Nusa Dua
				Pisangalih Puri Wisma Allegro 03 -
				BALI Sdra Jl. Laksamana No. 1

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Formisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie de Nouaceur - Essaiance L'École des Hautes Pharmacienne Tél : 05 26 53 72 32 Nouaceur - Essaiance	17/10/2022	206,80 Dh

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation 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 d

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr. ZAIDANE Sara

Pneumologue - Allergologue - Phtisiologue

Adultes et enfants

Asthme, allergies respiratoires - Tests cutanés

Tuberculose - Bronchoscopie, Spirométrie

Ronflements et apnées du sommeil - Pathologies liées au tabac - Maladies professionnelles



د. زيدان طارة

اختصاصية في أمراض الجهاز التنفسى والحساسية

كبار وأطفال

الضيق، الحساسية - اختبار الحساسية

مرض السل - الفحص بالمنظار - فحص وظائف الرئة

الشخير وتوقف التنفس أثناء النوم - أمراض التدخين

الأمراض المهنية

Berrechid, le 17/12/2022

Mr EL MOUTAALLIK BILLAH ABDERRAHMANE

39,80



EXOMUC SACHET 200 MG

1 Sachet 3 fois par jour

162100

ZAMOX 1GR SACHET

1 Sachet 3 fois par jour pendant 8 jours

206,800



Dr. ZAIDANE Sara 23LD 0133 -
Pneumologue - Allergologue -
Angiologie - Radiologie et Huu Omar Ibn
El Khattab - Elbagd 3, N° 6 Berrechid
Tél: 0522035535 N° Urgence: 0649069584

ZAMOX® Adulte
AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE
1g/125mg

24 SACHETS



6 118000 041177

Exomuc®
acétylcystéine 200 mg
30 sachets

PROMOPHARM s.a.



6 118000 240341