

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° W21-772692

154707

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autre
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>11940</u>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : <u>Sobhi Noureddine</u>			
Date de naissance : <u>28.12.1958</u>			
Adresse : <u>9 lotissement Villa Garden - Dar Bouazza</u>			
Tél. : <u>0661170601</u>	Total des frais engagés : <u>+478,20+</u>		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Halim KAICER
Praticien
1...
Maurice Casablanca
Tél.: 05 22 98 62 68-GSM: 06 61 15 35 46

Date de consultation : 21 FEV 2023

Nom et prénom du malade : Sobhi Rheme

Age: 6m

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Rhumatisme - coqueluche

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'exhaustivité des renseignements portés dans la présente déclaration. Je suis au courant de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :



BELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
12 11 FEV 2023	Cr		810	INP : 091-83-017 Dr. Halim KAISSI 06 62 68 45 51 - 06 61 15 30

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du Soignant	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
PHARMACIE DABER DR. BIDDA RAZZAFA Résidence Dr El Kenz 11-1 Imp. El Kenz - DABER BOUAZZA Tél : 05 20 32 28 69 INPE : 091/04645	20.10.2023					228,20

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS DENTAIRES		Traitées	Soin	COEFFICIENT DES TRAVAUX													
				<small>DECONTRÔLE 12/2012</small> <small>NO - DOL FEN 20MG/ML</small> <small>SUSP BUV FL 150ML</small> <small>P.P.V : 22DH50</small>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFICIENT MASTICATOIR		Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC Guennar Arsalane - Rue Amyot Invile BP 10677 CASABLANCA MAROC Fucithalmic® 1% gout ophtalmique Tube de 3 ml AMM N°184 DMP/21/NRQ PPV : 37 DH 20													
		<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS													
				DATE DU DEVIS													
				DATE DE L'EXECUTION													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

docteur halim kaicer

Pédiatre

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris
Enfants Nourrissons Nouveau-nés
Réanimation Néonatale

الدكتور حليم قيصر

اختصاصي في أمراض الطفل و الرضيع
الضيقية و الحساسية
خريج كلية الطب بباريس

Casablanca, le : 21.02.2023

Nourrisson SOBHI Rhassane

Age : 6 mois 13 jours
Poids : 8,43 Kg

Lot: 220619
À consommer
avant le: 08/2025
PPC: 79,50 DH

27,20
1 - FUCITHALMIC 1% gel ophtalm : T/3g

1 grain matin et soir pdt 08 jours

89,1
2 - STERIMAR BEBE

3 fois par jour



3 - PIVALONE 1 % susp nasal : Fl doseur/10ml

79,5
3 à 4 instillations nasales par jour

4
4 - APIXOL SOLUTION BUVABLE

1/2 cac matin , midi et soir



22,50
5 - NODOL FEN SUSPENSION

dose 8 kg matin , midi et soir pdt 05 jours

PHARMACIE DAR EL KENZ
DR. BIDDA Rajaa
Résidence Dar El Kenz
101-1 Km E2 - DAR BOUAZZA
Tél: 0522-20132869
INPE: 092104645

228,20

Dr. Halim KAICER
Pédiatre
Casablanca
Tél: 0522 98 62 68-GSM: 06 61 15 35 46