

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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>13102</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>KASBADUT Adam</u>
Nom & Prénom : <u>KASBADUT Adam</u>		Date de naissance :	<u>20/08/96</u>
Adresse :			
Tél. : <u>0707059117</u>	Total des frais engagés : <u>269,90</u> Dhs		

Autorisation CNDP N° A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	Dr Nadia KHOUMMANE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE 119, Bd. Moulay Idriss 1er, 3 ^e étage N° 5 - Casablanca	
Cachet du médecin :		
Date de consultation :	<u>04/07/2023</u>	
Nom et prénom du malade :	Age:	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	<u>GROSSEUR</u>	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	<u>12 JUIL 2023</u>	
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 : / /

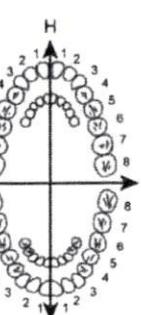
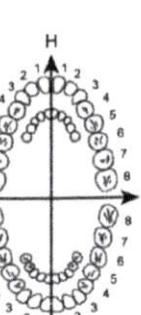
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cahier du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LES PARENTS 234 E Lottissement Zoubair Rue Addoha Oulta - Casablanca GSM: 06 67 07 50 5	04/07/2023	249,00

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient												
				INP : <input type="text"/>												
				Coefficient des travaux <input type="text"/>												
				Montants des soins <input type="text"/>												
				Début d'exécution <input type="text"/>												
				Fin d'exécution <input type="text"/>												
ODF PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><hr/></td> <td style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>	<hr/>	00000000	00000000	35533411	11433553	
	H	G														
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	<hr/>	<hr/>														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
				Coefficient des travaux <input type="text"/>												
				Montants des soins <input type="text"/>												
			Date du devis <input type="text"/>													
			Date de l'exécution <input type="text"/>													

Dr.Nadia KHOUMMANE

Spécialiste en gynécologie obstétrique

- Suivi de grossesse - echo 3D/4D
- Accouchement
- Infertilité du couple
- Chirurgie gynécologique
- Cœlioscopie - hysteroscopie
- Maladies du sein



د.نادية خمان

أخصائية أمراض النساء والتوليد

· تبع الحمل-الشخص بالصدى 3D/4D

· التوليد

· عقم الزوجين

· جراحة الجهاز التناسلي-الجراحة بالمنظير الباطني

· منظار الرحم

· أمراض الثدي

Ordonnance Médicale

Conseilance Pe 24/07/2023

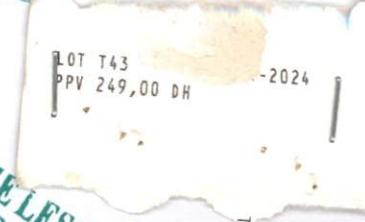
Salma El Asramy

249,00

Cecidom

SV

2 cp le soir



PHARMACIE LES PARENTS
Nadia GOURANI
234 E Lotissement Zoubeir
Groupe Addoha Oulfa - Casablanca
Gsm: 06 67 07 50 25

Dr. Nadia KHOUMMANE
GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE
119, Bd. Moulay Idriss 1er,
3ème étage, N°5 - Casablanca

📞 06 36 10 35 85 ☎ 05 20 572 572 INPE : 061306353 📩 drkhoummame@gmail.com

📍 119 boulevard moulay idriss premier 3 eme étage numéro 5