

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.
- L'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

- | | |
|----------------------------------|-----------------------|
| Reclamation | : 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 type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : 42305 | Société : | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : Fassi Rihel Yasmine | | Date de naissance : 30/04/1994 | |
| Adresse : | | | |
| Tél. : 06-56-520-520 | Total des frais engagés : 300 + 126 Dhs | | |

| | |
|---|--|
| Autorisation CNDP N° : AA-215/2019 | Cadre réservé au Médecin |
| Cachet du médecin : | |
| Dr AIT M'HAMED LAAZI PEDIATRE 249, Bd YACOUB MASSAÏA, N°3, Hay Hassani Marrakech 20041 0566 1178 79 | |
| Date de consultation : 10/21/22 / 2023 | Nom et prénom du malade : Hatim Oulmane Age : 13 ans |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint |
| Nature de la maladie : maladie Pédiastrique (BU) | |
| 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 : **13 DEC. 2023** **Le :** **13 AUGUST 2023**
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 |
|---------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| He 05/11/21 2023 | clS | | 300,00 DH | INP : <input type="text"/> DR M'HAMED LAILA DR ANNE SOUAD 14551 PECARE Residence des personnes |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| 092003458 | 02/12/13 | 126,30 |

Assézancourt Tél. 05 22 39 09
13 Rue Andréotti Beaumesnil
94220 Assézancourt

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Bétastène®

PPV: 80DH00
PER: 07/26
LOT: M2443

LOT : 5242
PER : 12 - 24
P.P.V: 30 DH OR

AZIX®
40 mg / ml Azithromycine

16,30

INALER®
Salbutamol

Dr Ait M'hamed Laila
Pédiatre
Maladies du nouveau-né,
du nourrisson et de l'enfant

**Cabinet
Pédiat**

02/12/2028

Hatim Ammnia

13 mois - 9kg

1) positive semi assise

2) faire le neg de S. Physiolog

3)

S.V.
Betastene 1% AMANA
13 Rue Ahmed Ben Ali Tel 0522 39 09 70
HARAJA ALI ALI SOUSSI SAMIR
asablaage Tel 0522 39 09 70

10g dans la natim

au moins petit déjeuner

1630

4)

S.V.
Enolir Solution

1/2 cu - 1/2 cu

x 3 jours

Dr AIT M'HAMED
PEDIATRE
249, Boulevard Yacoub El Mansour
Résidence El Mansour. 2^{me} Etage. Apt3. Casablanca
0522 39 39 04 | Urgences. 06 66 11 79 79 | Email : draitmhamed@gmail.com

x 3 jours

249, Boulevard Yacoub El Mansour
Résidence El Mansour. 2^{me} Etage. Apt3. Casablanca

T. 05 22 39 39 04 | Urgences. 06 66 11 79 79 | Email : draitmhamed@gmail.com

80,00

Agar & Coatings Solution

R2635



Adose 10 kg/j.

X 3 Jours

HOTEL M'HAMED LBB
PEDIATRE
Zag. B5 Yacoub mandar, Residence
Marsour, 2eme étage, N° 1, Hay Hacine
0522 39 39 04 / 0522 11 79

M'HARHARA
Mme M'HARHARA
13
Docteur Al
Docteur en Souhaim
Rue Annan Pharma
Casablanca
Tél 05 22 39 09 70