

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 canalaire, 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 canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

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.

Déclaration de Maladie

W21-831233

188705

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricole : 6419 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : RASSI, D. Scud

Date de naissance : 16/08/1965

Adresse : 526 lot Haj Fathia casab Choua

Tél. : 0661566363 Total des frais engagés : 468 Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr NOUNA M'hamed PEDIATRE

Chouaib Douskali
82. Av. Aba Chouaib Douskali
Ain Chifa II Casa 10590
Tel: 0522.85.10.58

Date de consultation : 15/12/2013. Na Rouda Age :

Nom et prénom du malade : RASSI, D.

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : arthrite

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : / / Le : / /

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 Portement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 12.12.15 | CS | 1 | 250 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|---|
|  PHARMACIE AL 128 Av. Avou C Ain Chira 2 Tel: 03 22 11 11 | 15/12/23 |  PHARMACIE AL 128 Av. Avou C Ain Chira 2 Tel: 03 22 11 11 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur NOUNA M'hamed

Pédiatre

Lauréat de la faculté de médecine d'Amiens

Spécialiste des maladies du Nouveau-né

Nourrisson et L'Enfant

Asthme de l'enfant et Maladies

Allergiques

Casablanca, le 15/12/2023 البيضاء في

Nom/Prénom : RASSID Mahmoud

Poids : Poids : 19,000 Kg age : Age : 4 ans et 1 mois

218,00

1) SERETIDE 250/25µg Susp inh Fl/120doses

Prendre 1 dose le matin et le soir, pendant 2 mois

1 boite

PHARMACIE AÏN CHIFA
Mme EL AMRANI OUAZZANI F.Z
Mme EL AMRANI OUAZZANI
128. Av. Abou Chouaib Doukkali
Aïn Chifa 2 - CASABLANCA
Tel: 0522 81 16 91

Dr NOUNA M'hamed
PEDIATRE
82. Av. Aba Chouaib Doukkali
Aïn Chifa II Casablanca 20550
Tel: 0522 85 10 58

ID:652795 GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 218,00 DH
6 118001 141876

الدكتور نونا محمد

خريج كلية الطب بآميان

اخصائي في أمراض الرضيع و الطفل

مرض الربو (الضيق)

أمراض الحساسية