

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 13131

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Soukaina Ézz en fai

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 66 17 89 50

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/02/24

Nom et prénom du malade : AINI Med ZIYAD Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Symptome fébrile

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 : 01/02/24

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

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
01.02.2024	CS		250 DH	Dr. EL AZHARIMY <i>[Signature]</i> Pediatre 12 Avenue Bouchairi Doutkali-El Jadida Tél : 05 23 35 35 55

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie du Plateau	01/02/2024	148,50

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

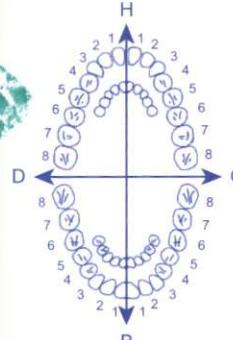
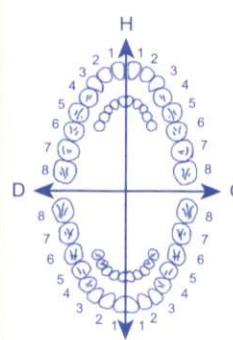
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور الأزهري مولاي العربي

Dr. EL AZHARI MY LARBI

Spécialiste en Pédiatrie

Ex. Pédiatre à l'hôpital d'Enfants
Au C.H.U de Casablanca
Ex. Médecin chef du service de pédiatrie
à l'hôpital Mohamed V d'El Jadida

122, Av Abou Chouaib Doukkali - El Jadida
Tél & Fax : 05 23 35 35 55



اختصاصي في طب الأطفال والرضع

طبيب مستشفى الأطفال ابن رشد
بالمركز الصحي الجامعي بالبيضاء - سابقا
رئيس قسم الأطفال مستشفى محمد الخامس
الجديدة - سابقا

122، شارع أبو شعيب الدكالي الجديدة
الهاتف والفاكس: 05 23 35 35 55

El Jadida : ١٢٠٢٠٢٤ الجديدة في :

Aini n° 2-400
63,00 x 2
-
Pharmacie
Soclav

SOCLAV ® 100 mg/12,5 mg
Enfants
Poudre pour suspension buvable
Flacon de 60 ml
AMM N° 193/16 DMP/21/NRQ



63,00

-
dose 17 x 3
-
n° 2

SOCLAV ® 100 mg/12,5 mg
Enfants
Poudre pour suspension buvable
Flacon de 60 ml
AMM N° 193/16 DMP/21/NRQ



6118000 021964

63,00

22,50
-
-
Pharmacie
Brufen
138, AV Bouchairi
SEMLALI Med Youssef
Pharmacie du PLATEAU
TEL. 05 23 35 35 55
N 850

Dr. EL AZHARI My Larbi
Pédiatre
122 Avenue Bouchairi El Jadida
Tél : 05 23 35 35 55

ل وزنكم من 7 كغم



مصنوع من طرف كبرى شركات مقاولات
شارع محمد السادس 20110 الدار البيضاء
سيدي عيسى المسؤول المعني الداودي

BRUFEN 100 mg/5 ml Suspension
Suspension pédiatrique
150 ml



6118000 080039

المتنقل: 06 61 19 28 55 ← في حالة الاستعجال

En cas d'urgence → GSM : 06 61 19 28 55