

## 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.

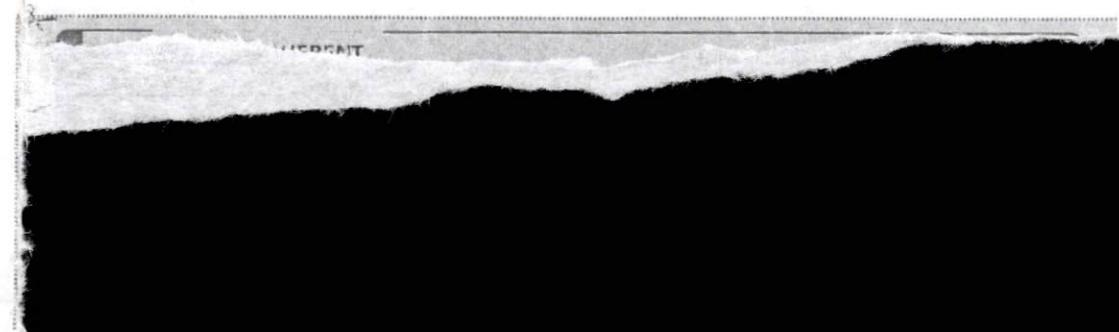
### Adresses Mails utiles

- 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.

N° W21-809937

Maladie  Dentaire  Optique  Autres  
 Cadre réservé à l'adhérent (e) **6419** Société : **RAM**  
 Matricule : **6419** Nom & Prénom : **RASSIN Sadek 199883**  
 Actif  Pensionnée  Autre :  
 Date de naissance : **16/08/1965** Adresse : **529 lot Hay tath Casablanca**  
 Tél. : **0661566363** Total des frais engagés : **746,60** Dhs  
 Cadre réservé au Médecin : **Dr NOUNA M'hamed PEDIATRE**  
 82. Av. Aba Chouaib Doukkali  
 11 Casa 20550  
 Ain Chifa Tel: 0522.85.10.58  
 Cachet du médecin :  
 Date de consultation : **12-2-2012** Nom et prénom du malade : **RASSIN Rahma** Age :  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : **anémie et pharyngite**  
 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 : **Casablanca** Le : **12/02/2012**  
 Signature de l'adhérent(e) : **RASSIN Sadek**



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dr. NOUNA M'hamed  
PEDIATR<sup>®</sup>  
Dokukkali  
Casablanca 20550

## ~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

**Cachet du Pharmacien**

Date \_\_\_\_\_

Dr. N. PEDIATR. CHOUIB D.D.S.  
ANCES AV. Aba Chouib 20550  
82 Matan Chifa II Casa 10.58  
Tel: 0522-85-10-58  
Fracture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

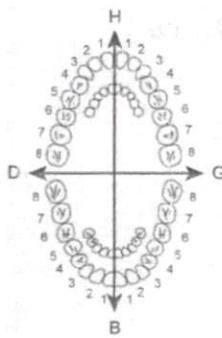
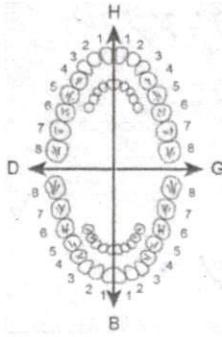
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## VOLET ADHERENT

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 11111111111111111111111111111111																
					<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																
					<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																
					<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" data-bbox="1503 912 1737 1065"> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction)          Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				D		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		B		00000000	00000000	35533411	11433553
D		H																			
25533412	21433552	00000000	00000000																		
G		B																			
00000000	00000000	35533411	11433553																		
		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																			
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																			
		<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>																			
		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>																			
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																					
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																					

**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

**الدكتور نونا محمد**

خريج كلية الطب بأميان

أخصائي في أمراض الرضيع و الطفل

مرض الربو ( الضيقية )

أمراض الحساسية

البيضاء في

*Casablanca, le .....* 12/02/2024

**Nom/Prénom :** RASSID **Mahmoud**

**Poids :** Poids : 19,000 Kg **age :** Age : 4 ans et 3 mois

218,00  
X2

1) SERETIDE 250/25 $\mu$ g Susp inh Fl/120doses

2 boites

Prendre 1 dose le matin et le soir, pendant 3 mois



2) DOLIPEDIATRIQUE 30MG/ML 15MG/DOSE

1 boite

16/02/2024  
Donner 1 dose poids de 19 Kilos toutes les 6 heures



3) VENTOLINE 100 $\mu$ g Susp inh Fl/200d

1 boite

Prendre 2 bouffées toutes les 2 heures



4/2/2024

2/2/2024, 60

PHARMACIE BILAL  
LEMNIKI ZEADI Fathima Zohra  
Hwy El Frikh Rue 61 BP 160 - Casablanca  
Tel: 0522.85.10.58

Dr. NOUNA M'hamed  
PEDIATRE  
82. Av. Aba Chouaib Doukkali  
Ain Chifa II Casablanca 20550  
Tel: 0522.85.10.58

