

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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° W21-726027

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

12936

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

LAAMOURI MARDIANE

9/10/2018

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661968974

Total des frais engagés :

437,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age:

Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 03/04/2014

VOLET ARRIÈRE



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
29/01/2021			625000	INP : 0910123456 Amaï DANE Médiateur Kadiri Lot. Haddouj Casablanca 7720

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE SABAH KHACHAB Sabah KHACHAB Pharmacienne 20, Lot. Sabrine, Rte Sidi Ma Casablanca - T. 0524 22 10 00	28/02/24	187,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

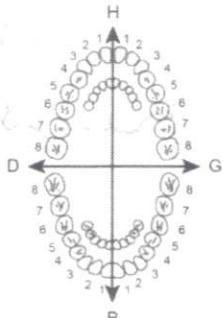
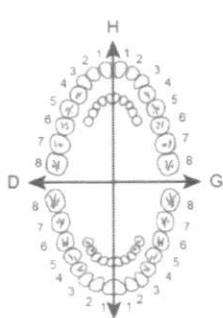
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	INP : <input type="text"/>	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>	
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		$ \begin{array}{r l} 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \end{array} $	$ \begin{array}{r l} H & G \\ \hline B & \end{array} $	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
		[Création, remont, adjonction]		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
		Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION					

Docteur Amal DAMIR

PEDIATRE

Spécialiste des Maladies des Enfants

Nourrissons, Nouveaux-nés.

ALLERGOLOGUE

Asthme et Allergie des Enfants



الدكتورة أمال ضمير

اختصاصية في

أمراض الرضع والأطفال

اختصاصية في

حساسية الأطفال وأمراض

الربو الضيق

200U.CEIP/ml

Casablanca, le :

29.02.2024

في:

40,00

Enfant LAAMOURI Taha

Age : 7 ans

13

Poids : 30,

2x40 - BIOMYLASE SIROP

Prendre 2 cuillerées à café le matin, à midi et le soir, pen-

40,00

98,10 - APIRETIL SOLUTION BUVABLE

une dose de poids toutes les 6 heures si T>38°

11

13

28,40

3- STÉRIMAR STOP ET PROTECT RHUME

2 pulvérisations le matin, à midi et le soir, pendant 6

4- SPASMYL SUSPENSION

Prendre 2 cuillerées à café le matin, à midi et le soir, pendant 5 jours.

79,50 - 5- APIXOL SIROP

une càs matin, midi et soir pendant 8 jours

6- ORELOX SUSP BUVABLE ENFANT:100ML

une dose de poids, deux fois par jour pendant 8 jours

- Effyred 20g/jp

1/2 et demi fl poft

Lot: 230765
À consommer
avant le: 09/2026
PPC: 79,50 DH

PHARMACIE SABAH EL KHEIR

Sabah KHAOSHAB

pharmacie

20, Lot. Sabrine, Rte Sidi Maarouf

Casablanca - Tél: 05 22 35 57 20

RDV. pour le vaccin de BCG

187,90

شارع أبو بكر القادي تجزئة الحديدي - الرقم N°497

سيدي معروف - الدار البيضاء - Sidi Maarouf - Casablanca -

Tél.: 05 22 33 57 20 - GSM: 06 61 09 74 40 E-mail: damiramal25@hotmail.com