

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° W19-420059

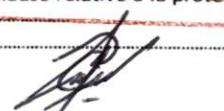
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	09358	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	RCHID DRISS
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0663253595 Total des frais engagés : 331,60 DHS			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :	Docteur Jamila CHALDI Pédiatre Bd Ibn Sina Hay Hassani Groupe Résidentiel Al Baraka GH 12 Im 144 Casablanca 14 OCT 2019		
Date de consultation :	Nom et prénom du malade : RCHID SARA Age: 3A gars		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Anaphylaxie		
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 : CASA Le : 21 10 19

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
11-12-2019	CS	20	Dr. Dr. M. A. CHALLOT Radiologue Bd. Ibn Sina Hay Hassani Groupe Hospitalier Al Baraka Casablanca Tel: 05 220 64 44	INP : 103 3040351 

EXECUTION DES ORDONNANCES

AUXILIAIRES MÉDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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.

Dr. Jamila CHALLOT

Spécialiste en Pédiatrie

Homeopathie

Ex-Pédiatre attachée au CHU Ibn Rochd

Ex-Pédiatre à l'Hôpital Sekkat Aïn-Chock

Casablanca



سلطة شلوب

طب يل
في أمراض الأطفال والرضع

طبيبة أطفال سابقاً بالمركز الاستشفائي ابن رشد

طبيبة أطفال سابق بمستشفى السقطاط - عين الشق

دار البيضاء

Casablanca , Le : 14 OCT 2019

RCHG Sana

PPV:80DH00
PER:03/22
LOT: I698

~~30.00~~

- Azix

1700 . SV

1 doz de 10

PPV	12 DH 80
PER	04 / 22
LOT	I 1000

~~12.80~~

- Zoliprane 300

1 nro 16h

avec

PPV(DH):	22,50
Lot N°:	
UT.AV:	

BRUFEN®

~~16.30~~

- Traloc 100

10ml x 36

tel: 05 22 91 64 11
fax: 05 22 91 64 11
Groupe Résidentiel Al Baraka
Bd Ibn Sina Hay Hassani
Al Baraka Residential Group

~~131.60~~

MACR RESIDENTIAL GROUP
Bd Ibn Sina Hay Hassani
Casablanca

Doctorat en

Pédiatre

Bd. Ibn Sina, Groupe Résidentiel Al Baraka, GH 12L144, RDC (en face de la cité de police) Hay Hassani - Casablanca

Tél.: 0522 91 64 11 - Urgence : 06 60 72 41 80 - E-mail : chalot.jamila@gmail.com