

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.

Biologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

l'Opticien :

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.

aire :

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.

ie 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.

ddresses Mails utiles

clamation : contact@mupras.com

se en charge : pec@mupras.com

nexion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

: Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

Nº P19- 0044400

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8752 Société : R - A . M .

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHELIA TAREK

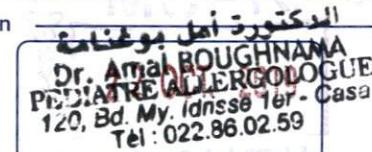
Date de naissance : 03/11/69

Adresse : 7, RUE EL YAZIDI N^o APP N^o 8 R. des hopitaux Casablanca

Tél. : 06 61 31 0005 Total des frais engagés : 1722,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/10/19

Nom et prénom du malade : CHELIA TAREK

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Toux Spasmodique

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 Paiement des Actes
19.10.15	611	1	250	

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du dispensier	Date	Montant de la Facture
<i>HARMACIE DE GAILLE</i>	<i>19-10-1972</i>	<i>16.50 FRS CASAHLAND</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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'IRM.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

RES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE		
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 <hr/> D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
G	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		

Dr. Amal Boughnama

Pédiatre - Allergologue

Homéopathe

الدكتورة أمل بوغنامه

اختصاصية في أمراض الطفل والرضيع

أمراض الحساسية والربو

الطب المثيل

Casablanca, le

19.10.2019

Enfant CHELIAT Malak

Poids : 17,00 Kg

Age : 4 ans 10 mois

AS

1 SERETIDE 50 µg/25 µg/dose susp p inhal : Fl/120doses

Donner 2 bouffées le matin et le soir, pendant 6 mois.

2 SINGULAIR 4 mg glé : Sach-dose/28

1 sachet le soir au moment des repas pdt 2 mois

3 VENTOLINE 100 µg susp p inhal : Fl/200d

2 bouffées au besoin càd si toux

4 EFFIPRED 20 MG

Prendre 1 et 1/2 comprimé le matin, avant le repas, pendant 5 jours

5 APIXOL SIROP ENFANTS

Prendre 1 mesure le matin, à midi et le soir, pendant 8 jours.

PHARMACIE LE GALERI
120, Bd. Moulay Idriss 1er - Casablanca
Tél. : 05 22 86 02 59 - GSM : 06 61 26 55 99

الدكتورة أمل بوغنامه
Pédiatre - Allergologue
Homéopathe
Casablanca
Tél. : 05 22 86 02 59/60 - GSM : 06 61 26 55 99
120, Bd. Moulay Idriss 1er - Casablanca
Tél. : 05 22 86 02 59/60 - GSM : 06 61 26 55 99

7002689/00-1
ANM 232/NP/21/NR/0



Enfant CHELIAT, Malak

Poids : 17,00 Kg,

Age : 4 ans 10 mois

88,00

1 ALCASTERIL ANTIMYCOSIQUE

pour la toilette du siège

87,50

2 DERMOFIX CRÈME

le matin et le soir, pendant 3 semaines.

~~ALCASTERIL~~

45,30



GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat



140,00

87,00



GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat



GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat