

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W19-466084

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 9401 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ARESMOUK AZIZ

Date de naissance : 18/05/73

Adresse : N-51. RUE 3. COT GUYNEMER. L'ASSIS CASABLANCA

Tél. : 066 400 1666 Total des frais engagés : 10037,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Leila TAZI-DAOUDI

Allergologue

Imm. Le Colysée, 30 Bd Ain Taoujt Bourgogne
(à proximité de la Clinique Badr) - Casablanca
Tel: 05 22 27 40 11 - Fax: 05 22 47 38 72

22 OCT. 2019

Date de consultation : 08/10/2019

Nom et prénom du malade : ARESMOUK AZIZ

Age : 12 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Allergie aux acariens

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 : 22/10/19

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 |
| 02.10.19 | Consultation | | 300.000 | INR 2091215657 Im. le Collège de Casablanca Signature |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

VOLET ADHERENT

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

| 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 (Rows for teeth 1-8, 10-12, 14-16, 18-20, 22-24, 26-28, 30-32, 34-36, 38-40, 42-44, 46-48, 50-52, 54-56, 58-60, 62-64, 66-68, 70-72, 74-76, 78-80, 82-84, 86-88, 90-92, 94-96, 98-100) | Nature des Soins (Rows for various dental treatments) | Coefficient (Rows for coefficients) | INP : <input type="text"/> | | | | |
| | | | | CŒFFICIENT DES TRAVAUX | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | |
| | | | | DÉBUT D'EXÉCUTION | | | | |
| | | | | FIN D'EXÉCUTION | | | | |
| | | | | O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES  | | | | |
| | | | | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B | | | | |
| | | | | CŒFFICIENT DES TRAVAUX | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS | | | | |
| DATE DE L'EXÉCUTION | | | | | | | | |

الدكتورة ليلي التازي الداودي

اختصاصية في أمراض الحساسية

للكبار والأطفال

02.10.2019

MA
رقم
2012884632
MA81579
1 flacon de 10 ml
قارورة سعة 10 مل
نهاية الاستعمال
08/2020

2012827566

STALLERGENES

Pour : إلى X
Par : انتاج POLYMEDIC .
314 D.FARINAE 50%
315 D.PTERONYSSINUS 50%
ST1908602
PPV: 749DH00 X
Solution voie sublinguale
 محلول يوضع تحت اللسان
N° prep
رقم تهيء

749,00
X 13

9737,00

Lina ARESMOUD

STALORAL



DP 10F

13 flowers à 300 IL dans un
MP 317. NT 4 كيس

MA
رقم
2012884630
MA81579

1 flacon de 10 ml
قارورة سعة 10 مل
نهاية الاستعمال
08/2020

تاريخ
2012827568

STALLERGENES

PHARMACIE MILAD
Dr. Samira MILAD
283, Bd. Sidi Abderrahmane
Hay Salam' - C.I.L.
R5 30-CASABLANCA

Dr. Leïla TAZI-DAOUDI
Allergologue
Imm. Le Colisée, 30 Bd Am
(à proximité de la p)

Pour : إلى X
Par : انتاج POLYME
314 D.FARINAE
315 D.PTERONY
ST19
PPV:
Solution voie s
تحت اللسان

MA
رقم
2012884639
MA81579
1 flacon de 10 ml
قارورة سعة 10 مل
نهاية الاستعمال
08/2020

N° prep
2012827333

تاريخ
تهيء

STALLERGENES

Pour : إلى X
Par : انتاج POLYMEDIC .
314 D.FARINAE 50%
315 D.PTERONYSSINUS 50%
ST1908602
PPV: 749DH00 X
Solution voie sublinguale
 محلول يوضع تحت اللسان
N° prep
رقم تهيء

MA
رقم
2012884700
MA81579
1 flacon de 10 ml
قارورة سعة 10 مل
نهاية الاستعمال
08/2020

2012827280

STALLERGENES

Pour : إلى X
Par : انتاج POLYME
314 D.FARINAE
315 D.PTERONY
ST19
PPV:
Solution voie s
تحت اللسان