

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, parodontologie 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.

Reéducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducation.
- 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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : 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.

MUPRAS



Déclaration de Maladie

N° W19-524908

ND: 33288

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12079 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : FJER ADNANE MOHAMMED

Date de naissance : 07.09.79

Adresse :

Tél : 0661140208 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BB / FJER

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : 14 JUL 2020

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 :

Signature :

RELEVÉ 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
15/02/89	42			INF: []

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Montant de la Facture
15/02/89	

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	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Le praticien est prié de renseigner dans les tableaux ci-dessous la nature des soins.				
Important : Voir les études des radiographies et les cas de prothèses dentaires pour le traitement des dents et des prothèses dentaires.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INF: []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DATE DE L'EXECUTION []
				FIN DE L'EXECUTION []
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	(Creation, remont, adjonction)			MONTANTS DES SOINS []
				DATE DU DEVIS []
				DATE DE L'EXECUTION []
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mohammed Bennouna

PEDIATRE

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Lille (France)

Réanimation Néonatale

ph. Métrie, Endoscopie digestive
et Proctologie Pédiatrique

Diplômé de la Faculté de Médecine
Xavier Bichat - Paris



الدكتور محمد بنونة

اختصاصي في أمراض الأطفال والرضع
خريج كلية الطب بليل (فرنسا)

إنعاش المولود الجديد

شهادة جامعية في فحص المعدة والأمعاء
بالشعاع الداخلي للأطفال (باريس)

Casablanca, le 15/02/20

Bébé :

1/ Tobrex 0.3 % Collyre FL/5ml

Mettre une goutte 3 fois / jour dans chaque œil pendant 7 jours.

2/ Konakion Amp 2 mg

Donner une ampoule le 8^{ème} jour et une ampoule à un mois.

3/ Vitamine D 3 B.O.N 200.000 UI/ 1 ml

Donner toute l'ampoule par la bouche, Une seule fois. 10^{ème} j

4/ Soins de l'ombilic ; 3 fois / jour

-Compresse stériles

- Eosine spray GILBERT

5/ LINIDERM Liniment oléo-calcaire

À utiliser à chaque change.

6/ Lait 1^{ère} âge : NAN OPTIPRO 1^{ère} âge

Mettre 2 cuillères à mesure dans 60 ml d'eau par biberon puis augmenter
La quantité du lait à la demande du bébé en complément du lait maternel.

8/ Rendez-vous le 10^{ème} jour au cabinet (Pour la vaccination du BCG)

Horaire du cabinet

Le matin de 09h :00 à 12 h:30

L'après-midi de 15h :00 à 18 h :30

E-mail : bennouna-mohammed@menara.ma

