

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 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.



Declaration de Maladie

N° W19-450584

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **12837**

Matricule : **12837** Société : **RAM**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **DGHAY Hicham**

Date de naissance : **10/02/1987**

Adresse :

Tél. : **0666 815849** Total des frais engagés : **1580,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin : **Dr. MALTOF Asmaâ**
Pédiatre
Allergologue - Pédiatre
Echographie Pédiatrique
Résidence Robert, Angl 13d, Chefchaoui
et Rue Abdelhamid Bnou Oudis - 2ème Etage N°10
Ain Sebaâ - CASABLANCA
Tél : 05 22 34 11 30

Cachet du médecin :

Date de consultation : **06/09/2019**

Nom et prénom du malade : **DGHAY GHITA** Age : **4 mois**

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

Nature de la maladie : **Vaccination**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère contagieux, le malade doit être communiqué 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 : **Saal Rana**

Le : **06/09/2019**

Signature de l'adhérent(e) :

Accueil Siège/Ram

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 - 100, Boulevard de la Liberté - 20000 Casablanca - Maroc
Tél : 05 22 34 11 30 - Fax : 05 22 34 11 31 - www.mupras.ma

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
06/09/19	CS		+200,00+	INP : 091177124 Allergologie Echographie Robort, Arghil Ltd. CASABLANCA Tel : 05 22 34 11 30

06/09/19 CS #200,00#

INP : 09111712

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/09/19	138000

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur		
Dr. Faiza Dabbousi Aïni 73, Bd. Chefchaouni Ain CASABLANCA Tél/Fax : 05 22 87 28 10		

06/09/19	138000
----------	--------

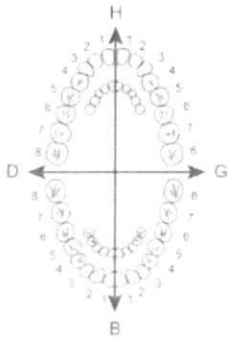
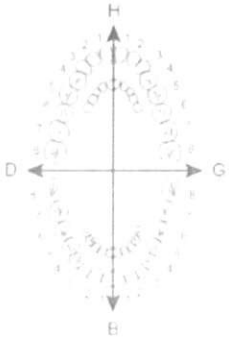
[illegible][illegible]

RELEVÉ 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 :															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX															
				MONTANTS DES SOINS															
				DEBUT D'EXECUTION															
				FIN D'EXECUTION															
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00500000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>30000000</td> <td>B</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				H		G		25533412	00000000	21433552	00500000	D	30000000	B	00000000	35533411	11433553	
	H		G																
	25533412	00000000	21433552	00500000															
	D	30000000	B	00000000															
	35533411	11433553																	
	[Creation, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS															
	[ajout d'un] thérapeutique nécessaire à la prothèse																		
				DATE DU DEVIS															
				DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF

INP :

--	--	--	--	--	--	--	--

COEFFICIENT
DES TRAVAUX (

MONTANTS DES SOINS	

DEBUT D'EXECUTION	
----------------------	--

FIN D'EXECUTION	
--------------------	--

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS	
-----------------------	--

DATE DU DEVIS	
------------------	--

DATE DE L'EXECUTION:

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

[Création, remont, adjonction]
 et ainsi. Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. MALTOF Asmaa
PÉDIATRE



الدكتورة ملطوف أسماء
طبيبة أطفال

- Assistance à l'accouchement
- Spécialiste des maladies des enfants, des nourrissons et des nouveau-nés
- Echographie Pédiatrique
- Diplôme universitaire en Pneumo-allergologie et asthme de l'enfant
- Diplôme universitaire en HOMÉOPATHIE
- Diplôme universitaire en Psychologie et Psychopathologie du bébé

- مرافقة المولود عند الولادة
- إختصاصية في أمراض الأطفال والرضع وحديثي الولادة
- الفحص بالصدى للأطفال
- دبلوم جامعي في أمراض الحساسية والربو (الضيق)
- دبلوم جامعي في الطب المثلي
- دبلوم جامعي في علم النفس و علم النفس المرضي للطفل

Casa le: ...06/09/2019

D GHAY GHITA

8960

1) PENTAXIM (1 Flacon)

8140

2) PRÉVENAR (1 Flacon)

8400

3) ROTARIX (1 Flacon)



PHARMACIE NONCEF
Dr. Faiza DAQUD
76, Bd. Chefchaoui Ain Sebaâ
CASABLANCA
Tél/Fax : 05 22 67 20 10



Dr. MALTOF Asmaa
Pédiatre
Echographie Pédiatrique
Allergologie Pédiatrique
Résidence Robert Bnou Badiss - 2ème étage Bureau 10
Rue Hamid Bnou Badiss - Zone Etage N° 10
Ain Sebaâ - CASABLANCA
Tél : 05 22 34 11 30

إقامة روبير ب، تقاطع شارع الشفاوني وزنقة حميد بنو بديس، الطابق الثاني المكتب 10 - عين السبع - الدار البيضاء

Rés. Robert B, Angle Bd. Chefchaoui et Rue Hamid BnouBadiss 2^{ème} étage Bureau 10 - Ain sebaâ - Casablanca

Tél.: 0522 341 130 - Email : maltofasma@hotmail.com

reconstitution

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 270,00 DH
ID : 625486
6 118001 141708

vi
n cc
pédiatrique/ Uso pediátrico
No se invierte

PREVENAR 13 SUSP INJ
P.P.V : 814DH00

6 118001 171057

pharm
S.A.
Laboratoires

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca
PENTAXIM SER DOSE B1
P.P.V. : 296DH00

6 118001 080632