

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° W19-450224

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	11715	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : LAGZIRI Samir			
Date de naissance : 08/12/1975			
Adresse :			
Tél. : 0663669719 Total des frais engagés : 390,20 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : lagzir Ahmed			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Gastro-entérite aigüe			
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) :

VOLET ADHÉRENT

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
30-05-15	C2		200.46	INP : 091175562. Dr. AITIDIR Khadija Pédiatre 1133, 1er Etage Bd Mohamed 5 Dar Touzani - Casa - Tel. 0522 55 15 34

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30-05-15	150,20

ANALYSES - RADIographies

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

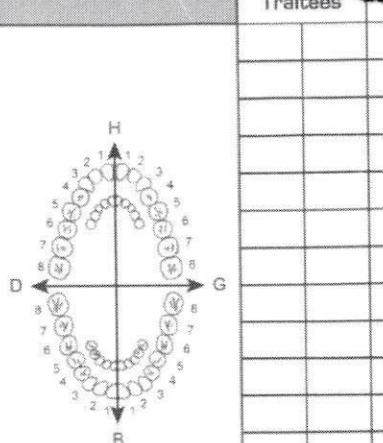
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

SOINS DENTAIRES



Traitées

CLEFS DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

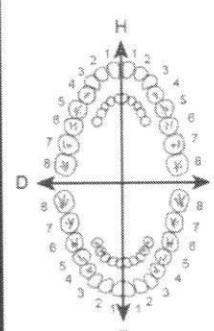
COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PPV (DH) :

16.60

LOT N° :

UT. AV. :

Asthme d'enfant et du nourrisson
Diplôme en nutrition pédiatrique

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
TIORFAN 10MG NOUR SACH

PPV : 112,00 DH

6 118000 184645

PERIDYS 1MG/ML
SUSP BUV F200ML
P.P.V : 37DH10
6 118000 011255

الدكتور

اختصاص

الحساسية عند الـ

الربو (الصيقة)

دبلوم في التغذية

METROZAL®

Métronidazole 4%
Suspension buvable 120ml

P.P.V : 24,50 DH

6 118000 190585



Casablanca le, 30/9/2019

La gagnin Ahmed

- Age: 8m
- P: 28kg

39.10 ٣٩.١٠ Peridys syrup
٤٦٥٩٢٢ (٢٦) ١/٢ لتر × ٣ أوراق

112,00 ١١٢,٠٠
20/10 ٢٠/١٠ Tiorfan sachet pédiatrique
٤٦٣٦٢٢ (٢٧) ١/٢ لتر × ٢ أوراق

16.60 ١٦.٦٠
10/10 ١٠/١٠ Vi sacral sine
٤٦٣٦٢٢ (٢٨) ١/٢ لتر × ٣ أوراق

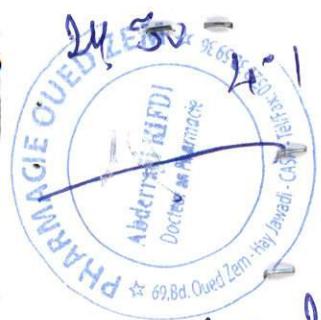
Dar Touzani - Casab - Tel: 0522 553134
1133, 1er Etage Bd. Mohamed 6
Pediatric

Dr. AITIDIR KHADIJA

1133, Bd Mohamed 6, Dar Touzani, 1er Etage - Casablanca

1133، شارع محمد السادس دار التوزاني الطابق الأول - الدار البيضاء

Tel.: +212 5 22 55 61 34 - E-mail: aitidirkhadija24@gmail.com



190, 20.

Mitrazol
1 cc c x 3 / 8 pult fr
15

Dr. AITIDIR Khadija
Periatrie
1133, 1er Etage bd. Mohamed V
Dar Touzani - Casa - Tél: 0522 51 11

