

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

Declaration de Maladie

N° W19-508673

27 JUL 2020

ACCUEIL

Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12316 Société : R.A.M. n° 31802

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : AOMAR SONFANE

Date de naissance : 02/07/86

Adresse : 16 rue aben alhumaaw, résidence la perle de Bretagne, quartier La ferme Bretagne

Tél. : 0661 88 25 81 Total des frais engagés : 314,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr AIT M'HAMED Laila
PEDIATRE
249, Bd yaacoub mansour, Résidence
Mansour, 2^{ème} étage, N°3, Hay Hassani
0522 39 39 04 / 0666 11 79 79

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/01/2020

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : 27/01/2020

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 Parlement des Actes
22/10/11	ct.s	19/61	210,62	DR AIT M'HAMED LAILA Bd yassine 24410 Mansour 522 39 00 05566 11 15 INPE 091214551
22/10/11				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ASMAA AMOUR Rue Tanane, Ferme Leaujour Casablanca Tél: 0522 25 52 63	27/01/2020	184,30

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

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.																																																																			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																											INP : <input type="text"/>																				
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																																															
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																																																			
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																																																			
DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>																																																																			
FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>																																																																			
	ODF PROTHÉSES DENTAIRES <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</th> </tr> <tr> <th colspan="4"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D <hr/> 00000000 00000000 35533411 11433553 G B </th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td colspan="4">[Création, remont, adjonction]</td></tr> <tr><td colspan="4">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td></tr> <tr><td colspan="4"></td></tr> </tbody> </table>			DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE				H 25533412 21433552 00000000 00000000 D <hr/> 00000000 00000000 35533411 11433553 G B				[Création, remont, adjonction]				Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																																			
	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																																																																		
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D <hr/> 00000000 00000000 35533411 11433553 G B																																																																		
	[Création, remont, adjonction]																																																																		
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																																																		
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																																																			
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																																																			
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																																																																			
DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																																																																			

T. 05 22 39 39 04 | Urgences. 06 66 11 79 79 | Email : dralimhammed@gmail.com

Residence El Mansour. 2^{eme} Etage. App.3. Casablanca
249, Boulevard Yacoub El Mansour

Dr Ait M'hamed Lalla
+ 504 12/11/2012

all the same price

12/11/2012 ~~as sachets à faire dissoudre~~
by ~~très bon usage sachets~~
112,00

10/11/2012. Réimbursement 24h + HT

A sachet deux jus à faire diluer.

SRD : D1ant



du jus d'orange - 18€

Orange juice 18€

le 29/10/2012

Cabinet
Pediatrique



PHARMACE AMOR Odyssée
Assurance, Forme, Santé, Bien-être
15 bis, Rue Georges Clemenceau
75015 Paris
Télé : 0522 25 25 63
Fax : 0522 25 25 63
du nouveau et de l'entretien
Maladies du nouveau-né,
Pediatre

Dr Ait M'hamed Lalla
Babylab
Babylab
Babylab

3) Rehydrater + + +

4) Banane + + + / carotte + + +)
concombre / chocolat ..



دياريٌت

أملاح لمعالجة الجفاف الناجم عن الإسهال و للوقاية منه



TIORFAN®
NOURRISSONS
10 mg Racécadotril

تيورفان® للرضع

راسيكادوترييل

10 ملغ

16 كيس

مسحوق للتناول عبر الفم
في كيس-جرعة

16
Sachets-dose

Poudre orale en sachet-dose



bioprojet
P H A R M A