

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

MUPRAS :Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-506975

ND: 36009

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	6419	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : RASSID SAID			
Date de naissance : 16/10/81 1965			
Adresse : 529 lot Hraj Fath oulfa			
Tél. :	0661566363	Total des frais engagés :	1363,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :	Dr NOUNA M'hamed PEDIATRE 32. Av. Alia Chouaib Deykali Ain Chifa II Casa 20530 Tel: 0522.85.10.58		
Date de consultation :	16/10/20	Age :	28 ans
Nom et prénom du malade :	Nourena		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Virus grippe		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidentiel 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 : *Said* Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : *Said*

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
16.3.2023	(c)	1	250	INP : [] NOUNA M'BAMBOU PEDIATRE Chopab Doukkal Assa 20550 Assa 85-40-58

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE D'EMERGENCE LUDWIG</i>	<i>16/03/2020</i>	<i>1113,00</i>

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	IV	

Docteur NOUNA M'hamed

Pédiatre

Lauréat de la faculté de médecine d'Amiens

Spécialiste des maladies du Nouveau-né

Nourrisson et L'Enfant

Asthme de l'enfant et Maladies

Allergiques

الدكتور نونا احمد

خريج كلية الطب باميلا

أخصائي في أمراض الرضيع و الطفل

مرض الربو (الضيقية)

أمراض الحساسية

البيضاء في

Casablanca, le 16/03/2020

Nom/Prénom :

RASSID

Mahmoud

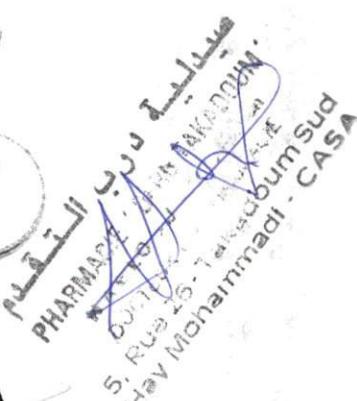
Poids :

299.00

Poids : 8,200 Kg

age :

Age : 4 mois et 24 jours



1) INFANRIX HIB IPV 1FL S INJ IM

Faire 1 doses vaccinées par jour

811.00 -
2) PREVENAR 13 Susp inj 1Ser avec aig/0,5ml

Faire 1 injection par jour

113.00.

Dr NOUNA M'hamed
PEDIATRE
82. Av. Aba Chouaib Doukkali
Ain Chifa II Casablanca 20550
Tel: 0522.85.10.58

PREVENAR 43 SUSP INJ

P.P.V : 814DH00

Laboratoires
pfiar
S.A.

6118001171057

Prescription/ Produit

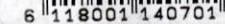
GlaxoSmithKline Maroc

Ain El Aouda

Région de Rabat

PPV 299.00 DH

ID :



6118001140701