

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W21-722866

14005
120

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 10534

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ERRADIE Mounir

Date de naissance :

12-12-1971

Adresse :

1600 Rue 01 ETAGE 03 LOT A S.A.R.

ALLAH Bene CHIO.
066277279

Total des frais engagés : 1200 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

18/10/2022

Nom et prénom du malade :

EL ASRI SAMIRA

Age : 46 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Tumeur cérébrale

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.

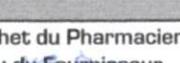
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 18/10/2022

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 Paiement des Actes
18/10/2016	h.s		300 DH	INP : 090011144016

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/11/22	900,00
DPE: 062 127 190		

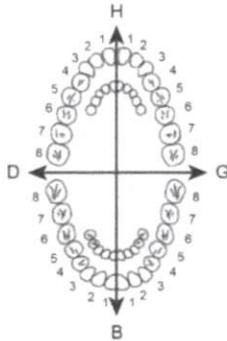
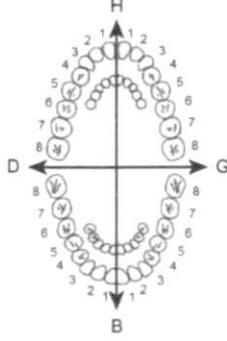
ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input style="width: 100%;" type="text"/>											
				<input style="width: 100%;" type="text"/>											
				<input style="width: 100%;" type="text"/>											
				<input style="width: 100%;" type="text"/>											
				<input style="width: 100%;" type="text"/>											
				<input style="width: 100%;" type="text"/>											
				<input style="width: 100%;" type="text"/>											
				<input style="width: 100%;" type="text"/>											
				<input style="width: 100%;" type="text"/>											
				<input style="width: 100%;" type="text"/>											
				<input style="width: 100%;" type="text"/>											
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				<input style="width: 100%;" type="text"/>											
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding-right: 10px;">H</td> <td style="text-align: center; padding-right: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding-right: 10px;">25533412</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding-right: 10px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding-right: 10px;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>				H	21433552	25533412	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	H	21433552													
	25533412	00000000													
	D														
	00000000	00000000													
	35533411	11433553													
	[Création, remont, adjonction]				<input style="width: 100%;" type="text"/>										
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				<input style="width: 100%;" type="text"/>										
					<input style="width: 100%;" type="text"/>										
					<input style="width: 100%;" type="text"/>										
				<input style="width: 100%;" type="text"/>											
				<input style="width: 100%;" type="text"/>											
				<input style="width: 100%;" type="text"/>											
				<input style="width: 100%;" type="text"/>											
				<input style="width: 100%;" type="text"/>											
COEFFICIENT DES TRAVAUX				<input style="width: 100%;" type="text"/>											
MONTANTS DES SOINS				<input style="width: 100%;" type="text"/>											
DEBUT D'EXECUTION				<input style="width: 100%;" type="text"/>											
FIN D'EXECUTION				<input style="width: 100%;" type="text"/>											
COEFFICIENT DES TRAVAUX				<input style="width: 100%;" type="text"/>											
MONTANTS DES SOINS				<input style="width: 100%;" type="text"/>											
DATE DU DEVIS				<input style="width: 100%;" type="text"/>											
DATE DE L'EXECUTION				<input style="width: 100%;" type="text"/>											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE

LOT: PA10402
PER: 04-2023
PPV: 150,00DH

LOT: PA10402
PER: 04-2023
PPV: 150,00DH

اتبع ارشادات الطبيب والصيدلي

● Chirurgie

LOT: PA10405
PER: 04-2023
PPV: 150,00DH

اتبع ارشادات الطبيب والصيدلي

LOT: PA10413
PER: 04-2023
PPV: 150,00DH

LOT: PA10405
PER: 04-2023
PPV: 150,00DH

اتبع ارشادات الطبيب والصيدلي

ORDONNANCE

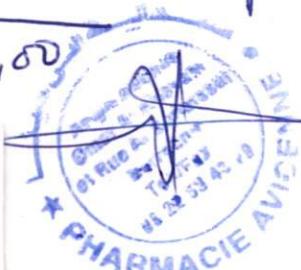
Casablanca le, 18/07/22

ELASRI SAMIRA



150.00 x 6

Signature long
Signature court
Signature court 6 cm.



NADIA BOUZOUBAA
Assistante de Neurochirurgie
استاذة في جراحة الدماغ و انتصافه
NIP: 091172106

(CVV) : Casa Green Town, Ville Verte Bouskoura 20180 - Casablanca
5 22 51 23 23 (LG) -E-mail: contact@cvv.ma - www.cvv.ma

ICE : 001816946000014

Urgences 24h/24 : 06 67 57 57 57

valable 3 mois

Le 18.10.2012

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser à : *Dr. Nabil BOUZOUBAA* Professeur Assistant de Neurochirurgie
INPE : 091172106
الدكتور نبيل بووزباعاً أستاذ مساعد في جراحة العصبية والجهاز العصبي المركزي

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : *EL ASRI SAMIRA*

Présente *une fracture céphalique (Néningian fract) après*.

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Radiochirurgie

et Traitement orthopédique (Symex).

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, angle Rue Khal BEN ABDELLAH et Rue Fallit Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Dr. Nabil BOUZOUBAA
Professeur Assistant de Neurochirurgie
INPE : 091172106