

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

- 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-774009

A 56517



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 07739

Société : Ram

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

FADIL

Mohamed

Date de naissance :

16-10-1958

Adresse :

La Tifoule.

Tél. :

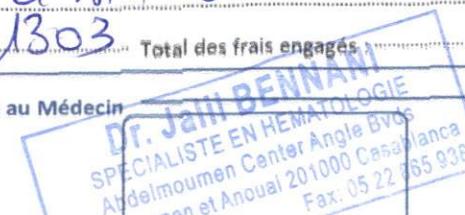
0604331303

Total des frais engagés

615,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

06/04/2023

Nom et prénom du malade :

FADIL

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Lymphome

Le 07/04/2023

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 : CNSA

Le : 06/04/2023

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
06/04/2023	DCS		400,00	400,00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Remiseur	INP	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Salmi	INP 92052208	06/04/2023	614,20

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 :
				INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

(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**

ORDONNANCE

Mr 07739

Casablanca, le : 06/04/2023

Identité :

M. Mohamed FADIL
DDN : 14.10.1956



432,00
149,00
432

Valex 500mg 1cpx2/j pendant 1 mois

Oedes 20mg 1cp/j pendant 1 mois grande boite

Zyloric 300mg 1cp/j pdt 1 mois



LOT 22010
PER 07/25
PPV 432DH00

LOT: 211540
PER: 05-2024
PPV: 140.000DH

43,20

Dr Jalil BENNANI

Spécialiste en Hématologie Clinique
DES en Cancérologie
AFSA en Hématologie

Diplômé de l'Université Libre de
Bruxelles

Ancien assistant à l'Institut Jules Bordet
– Bruxelles

Ancien chef de clinique à l'Institut
Gustave Roussy – Villejuif

Ancien Interne des Hôpitaux Saint-Louis
et Hôtel Dieu - Paris



Adresse : CENTRE ABDELMOUNEN
Angle Bvds Abdelmoumen et Anoual
20360 Casablanca - Maroc

Tel : +212 (0) 522 864 666
+212 (0) 696 626 504
Fax : +212 (0) 522 865 938
Email : j.bennani@gmail.com

