

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.

Nº M20- 0005884

MUPRAS
RECEPTION

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3266

Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : EL MAATAoui

DRISS

Date de naissance : 12.201 DNA DARWA

Adresse : ↗ 01.01.53

Tél. : 062226473

Total des frais engagés : 1285,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/10/2013

Nom et prénom du malade : Khadidja ICERBAK Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Douloureuse epandue che

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) :



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
24-10-23	Ortho de l'hopital	300,-		 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/10/23	985,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

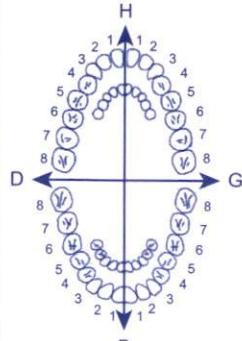
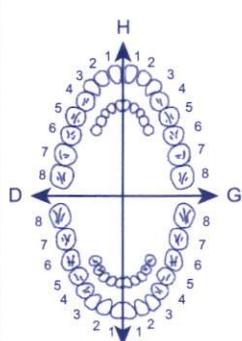
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	H	G	
	<p>25533412 21433552 00000000 00000000 D —————— G 00000000 00000000 35533411 11433553</p>	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur Salah FNINI

Ex-enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca



Traumatologie Orthopédie et Prothèses des membres

Chirurgie de la main, des nerfs périphériques et réparatrice de l'appareil locomoteur

Médecine et Chirurgie du sport DIU de microchirurgie de Paris

Certificat de chirurgie du pied Rabat

N° 1

NÉZARE

KTHARDOUS



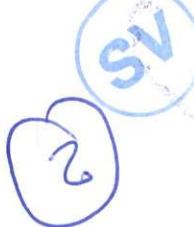
Le 24/10/12

14 g, w x 6
894100 10

Flexima 2

Agén + 2 < 3m5

54,60



Professeur FNINI - Orthopédie
15 Rue de La Lande Angle rue
Amyot Quartier des Hôpitaux
Casablanca - Maroc
Tél : 05 22 86 28 11 / 06 66 75 10 44

~~Reflex~~ 7, Rue

MP 2

2

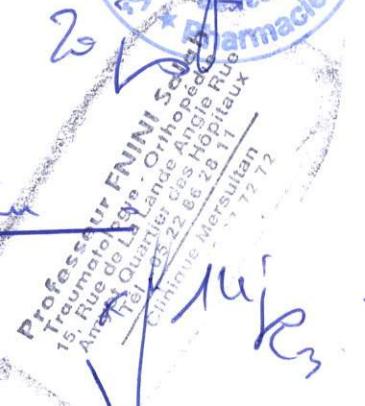
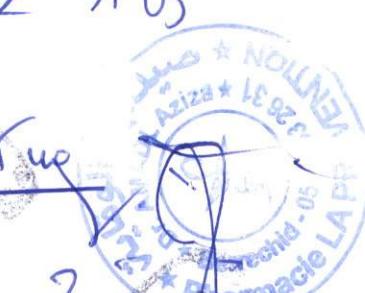
Dubo stan



085,60

1 Cf + 2

MIK3



Cabinet : 15 Rue de la Lande, Angle rue Amyot, 2ème étage, Quartier des Hôpitaux, Casablanca - Tél. : 05 22 86 28 11 / 06 66 75 10 44

Clinique Mers Sultan : 64, Bd Omar El Idrissi (en face jardin Murdoch), Casablanca - Tél. : 05 22 27 72 72 / 05 22 27 80 34

E-mail : sahfmin@yahoo.fr

en cas d'urgence GSM : 06 61 21 03 88

LOT: 2307029
FAB: 07/2023
EXP: 07/2026
PVC: 149.000H



6 111261 530022

LOT: 2307011
FAB: 07/2023
EXP: 07/2026
PVC: 149.000H



6 111261 530022

LOT: 2307029
FAB: 07/2023
EXP: 07/2026
PVC: 149.000H



6 111261 530022

LOT: 2307029
FAB: 07/2023
EXP: 07/2026
PVC: 149.000H



6 111261 530022

LOT: 2307029
FAB: 07/2023
EXP: 07/2026
PVC: 149.000H



6 111261 530022

LOT: 2307029
FAB: 07/2023
EXP: 07/2026
PVC: 149.000H



6 111261 530022

DULASTAN® 500mg/2mg دولاستان
Boite de 20 comprimés

37,00

علبة من 20 قرصاً

DULASTAN®
500mg/2mg
Boite de 20 comprimés

6 118000 360063

MEFSAL® 7,5 mg
20 comprimés



6 118000 081999

54,60