

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

- 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.

N° W19-543435

32581

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 08657 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ARRACHEH MUSTAPHA

Date de naissance : 16/07/1965

Adresse : 37 Rue TIFNIT N°5 Résidence SALMA

Tél. : 0667780015 Total des frais engagés : 319,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/07/2020

Nom et prénom du malade : ABBEYECHE

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 : CACAO

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 13/07/2020

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
06/07/2020	C 2		300,00	INP : 0510391612 Dr. MEZIAN Chirurgien Dentiste 2014

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Formisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE M. S. C. L. Dr. Sonja Bourassa 05/22 39	06/07/2020	318,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		MONTANTS DES SOINS
		DEBUT D'EXECUTION
		FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 21433552 D 00000000 00000000 G 00000000 00000000 B 35533411 11433553	MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	DATE DU DEVIS
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	DATE DE L'EXECUTION
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	



Professeur MEZIANE EL MEHDI
Docteur MEZIANE MUSTAPHA
Docteur MEZIANE ANAS
Docteur MEZIANE AMINE

Chirurgiens Urologues

جراحة المسالك البولية والتباينية

UROLOGIE

endo-urologie العلاج المنظاري
lithotritie تفتيت الحصى

PPV : 42DH60
PER : 07/22
LOT : 51800

NERALE
RGIE

جراحة الأطفال

QUE
جراحة
LOGIQUE

الانعاش وجميع
الاحتياجات الطبية

REANIMATION ET TOUTES
SPECIALITES MEDICALES

مركز تفتيت الحصى

CENTRE DE LITHOTRIPSIE
EXTRACORPORELLE

مركز الفحص بالأشعة

CENTRE DE RADIOLOGIE

SCANNER
RADIOLOGIE STANDARD

أستاذ مزيان المهدى
دكتور مزيان مصطفى
دكتور مزيان أناس
دكتور مزيان أمين

جراحة المسالك البولية والتباينية

06/07/2020

ORDONNANCE

Casablanca, le :

Mr. ARRAYECH Mustapha

LOT	200290
EXP	02 2024
PPV	31.30

31.30

LOT	200291
EXP	02 2024
PPV	31.30

31.30

LOT	200373
EXP	02 2024
PPV	31.30

31.30

~~PHARMACIE M
Dr. Meziane Anas
N°22, Lutissem
Essalam
Hay El Gharbi
Tél. 0522 5522 5522~~

31.30 x 3 = 93.90

ZYLORIC 200 mg

42.60 1 gel / jour x 3 mois

MOBIC 7.5 mg

33.50 1 cp x 2 / jour x 7 jours

MEGASFON 160 MG

149.50 1 cp x 3 / jour x 6 jours

SPECTRUM 500 MG

1 cp x 2 / jour x 10 jour



Dr. MEZIANE ANAS
Chirurgien Urologue
CLINIQUE LA SOURCE
CASA-Tél. 022 201440