

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11.1.8 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LOHIGA VI Nohamed

Date de naissance : 30-06-1964

Adresse : Elay El Haddaoudia Rue 12 N°1

Tél. : 06 76 35 19 64 Total des frais engagés : 888,10 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : TRAUMATO-ORTHOPÉDIQUE

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : CHIRURGIE DU SPORT

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 : CASA

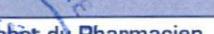
Le : 31/01/2010

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
08/05/2020	CS		350,-	DR BENNAN TRAUMATOCHIRURGIE CHIRURGIE FAYOLLE
29/05/2020	CS		0,-	DR BENNAN TRAUMATOCHIRURGIE CHIRURGIE FAYOLLE

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Anfa - Casablanca Imm. K, N°161 Ahi Loughlam	8-05-2020 22-04-2020	334,40 Dhs 254,70 Dhs

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaires, ainsi que le bilan d

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU



Centre de Traumatologie-Orthopédie et Chirurgie du Sport مركز دراسة العظام والمفاصل والجراحة الرياضية

Date : / /

08/05/2020

Ordonnance

MR LOUGANI MOHAMED

169.00

- DOLICOX 90 mg

1 Comprimé, après le repas du FTOUR, pendant , 14 jours

301.00

- Doltram

1 Comprimé, après le repas du FTOUR et SHOUR pendant , 15

53.00

- voltarene gel

1 app, matin, soir, sans masser pendant , 21 ours

82.10

- Glaçage

30 minutes le soir avant de dormir

X

- Esac 20 mg

1 Gélule, avant le repas, du ftour pendant , 14 jours

3341.10



Dr. BENNANI FAYCAL
TRAUMATO-ORTHOPEDIE
CHIRURGIE DU SPORT

LOT : M0480
EXP : AVR 2022
PPV : 53,00 DH

PPV : 169DH00
PER : 12.62
LOT : 12772-2

30,00

P.P.V. : 82DH10

105, Avenue 2 Mars, Casablanca, Maroc

Tél. : 05 22 81 81 16 - Fax : 05 22 81 81 17 - E-mail : orthosport@gmail.com



Centre de Traumatologie-Orthopédie et Chirurgie du Sport
مركز جراحة العظام والمفاصل وأورتوبيديا الرياضية

Date : / /

22/05/2020

Ordonnance

MR LOUGANI MOHAMED

82.10

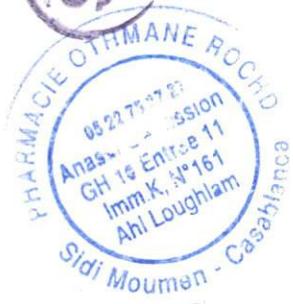
- Esac 20 mg
1 Gélule, avant le repas, du ftour pendant , 20 jours
- Celebrex 200 mg
1 Gélule, soir, après le repas, pendant , 20 jours
- Cedol
1 Comprimé, flour et Shour, après les repas, pendant , 15 jours

P.P.V.: 82DH10

150.00

260.00

254.10



(CELECOXIB)

CELEBREX 200 MG
Boîte de 20 gélules
Lot: 1280010
Date Fab: 08 / 2019 Date Exp: 07 / 2022
PPV : 150.00 DH

Dr. BENNAI
TRAUMATO-O
INPE 0111666600
105, Bd. 02 Mars, RDC
Casablanca

105, Avenue 2 Mars, Casablanca, Maroc

Tél. : 05 22 81 81 16 - Fax : 05 22 81 81 17 - E-mail : orthosport@gmail.com