

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

- Reclamation : 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° W19-498282

ND : 35565

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9101

Société : Caro Aerc.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZAMRANE Abdell. Idriss.

Date de naissance : 17-02-65

Adresse : 13 Rue Amsterdam Casab.

Tél. : 0522 420702

Total des frais engagés : 10000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 1/08/2010

Nom et prénom du malade :

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.

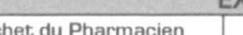
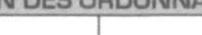
Fait à : Casab.

Signature de l'adhérent(e) :

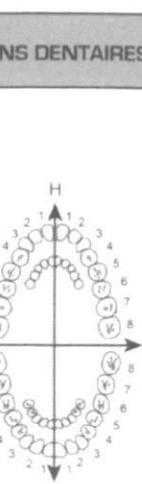
Le : 04/08/2010



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
	<i>factures</i>			INP : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
				<i>Attifaval</i>
				00, Fax 0528000

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie HAMZA 67 Bd Modiboketa Casablanca 05 22 28 17 96	04/04/2020	225,80
	 Pharmacie HAMZA 67 Bd Modiboketa Casablanca 05 22 28 17 96	225,80

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	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 pratique 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 (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)	INP : <input type="text"/>																
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>																
				FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>																
				O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES																
					DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H		G	25533412	00000000	21433552	00000000	35533411	00000000			11433553
					H		G													
					25533412	00000000	21433552													
					00000000	35533411	00000000													
		11433553																		
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																				
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																				
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																				
DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																				

Date : 04/04/2020

M^r ZAMRANE Abdelilah

Ordonnance

1/ OEds 20 mg:

52.80

1gél/j
Cavant

LOT 190679
EXP 01/2022
PPV 52.80DH

2/ Carbosylane:

74.00 1 pince x 03/j pat 14/j

Sothema
L. Tazi. Pharmacien Resp.
CARBOSYLANE - 48 doses
PPV 74.00 DH

6118001070893

3/ Manef:

99.00

1cp/j pat 20j

6118001070893
LOT 67
Prix 99.00
PER

225.80

Dr. Dounia JARARI
Médecin
Anesthésiste-réanimateur
INPE:091245266

PHARMACIE FICHA
Dr. Inmane HAMZA
67, Bd Moudabou
Casablanca
OS 22100
28/17/96



INTERNATIONAL
clinic

Date : 04/04/2008

MR ZAMRANE Abdelkach

Ordonnance

Patient de 55 ans, sans antécédent pathologique majeur, admis pour douleurs ASL diffuses ; à l'examen distension ASL + légère sensibilité diffuse ; par ailleurs, pas de trouvailles de traumatisme ni menottes.

Une échographie ASL est souhaitable.



Dr. Dounia JABARI
Médecin

Anesthésiste réanimateur
INPE: 09124516