

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVRER 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.

biologie 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.

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Optique 42020

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 051662

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SEHNA NI Naima

Date de naissance : 24 Janvier 1954

Adresse : Ante doct. Sif El mari Résidence Tagzout n° 1,
Casablanca

Tél. : 06 48 96 93 53

Total des frais engagés : 272,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/09/2020

Nom et prénom du malade : Selmaoui Naima Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : HTA, Bradycardie

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 : Casablanca

Le : 07/09/2020

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
07/09/2020			150.-	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LAHJAJMA Nadia ZEAMAMA Avenue du Phare, Résidence Taghazout Casablanca - Tel: 05 22 20 28 61	07.09.2020	122,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

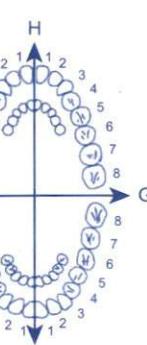
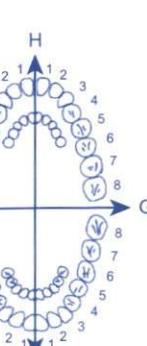
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des travaux
H	G																
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS													
				DATE DU DEVIS													
				DATE DE L'EXECUTION													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Abdelouahed EL HAITÉ

Médecine Générale Et D'urgence

Echographie

Electrocardiogramme - Circoncision

Oxygène Médical

الدكتور عبد الواحد الحيطي

الطب العام والمستعجلات

الفحص بالصدى

التخطيط القلبي_الختانة

الأوكسجين الطبي

Parasphan®

10 comprimés effervescents

LOT 05005 6
EXP 06/2023
PPV 17DH30

Casablanca, le 07.09.2020

في

PPV 139,00
LOT
PER

PPV
LOT
PER

139,20

Sehnaoui Naima



(139,20x3) diloran 300 mg
Nex 3



(23,50+30,00) No Adol N-S
Nex 3



(55,00) Amoxil 1g
Nex 3



(25,50) Tolnaire
Nex 3



(61,10) Aspegic
Nex 3



(22,20) cardio aspirin
Nex 3



(47,40) Glucovance
Nex 3



(17,30x2) Parasphan
Nex 3



1722,40

En Cas d'urgence : 06 69 83 19 01

الدكتور عبد الواحد الحيطي

الطب العام والمستعجلات

الفحص بالصدى

التخطيط القلبي_الختانة

الأوكسجين الطبي

PPV 139,00
LOT
PER

PPV
LOT
PER

NO-DOL FEN 200MG
CP PEL 830
P.P.V:23DH50

6 118000 061885

PPV: 55,00 DH
LOT: 623062
PER: 03/21

TOPSYNE GEL

25,50

ASPEGIC 1G
SACHETS 820
P.P.V: 61DH10

Aspirine 100 mg/30cpr
e acetylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

Distribué sous licence
LAPROPHAN S.A.
21,rue des Oudaya
Casablanca - Maroc
PPV : 47DH40

Parasphan®

LOT 90052 5
EXP 03/2023
PPV 17DH30

Mediouni - Lahraouiye Casablanca - قرب الصور الأبيض -

30,00