

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

Informations 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.

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.

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.

Le cadre réservé est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée (ALD) :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 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.

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10461

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : ASSELRHINE ASdeljalil

Date de naissance : 14/10/1964

Adresse : 02 Rue AL HAMRA Hsy RIAD Benabdellah

Tél : 0662 77 91 45

Total des frais engagés :

448,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/11/2020

Nom et prénom du malade : ASSELRHINE ASdeljalil Age: 56

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Palpitaci

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 : 11/11/2020

Le : 11/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

11 DEC 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
06/05/2012	CS + ECG		1250,00€	MAURE MOUAD CARDIOLOGUE 11, Bld Med V, 1 ^{er} étage, Bureau N°16 BERRECHID Tel: 05.22.32.83.03-05.22.32.83.13

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
AL HUAILIA	05/05/2012	1052,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	25533412 21433552
D	00000000 00000000
B	00000000 11433553
G	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

BERRECHID LE 06 Novembre 2020

Mr. ASSERRHINE ABDELJALIL

99.00

1/ ANSIOVIT

1 Cp X2 /J pdt 10 jours
puis 1 Cp/J le soir

2/ RELAXIUM B6 375MG

quel/J le soir

1 of

Lot: 04/2023
À consommer de
préférence avant le:

PPG: 99,00 DH

200194

Dr KHADRE Mohamed Fouad

ECG

Nom Asserrhine Abdelja~~idix~~
SN 0005567

Male

Age 56

Case No.

Lit No.

Clinique

Date

Section

11/06/2020



Frequency:	1000 Hz	PR Interval:	96 ms	Prompt:
Sample Time:	89 s	QT Interval:	364 ms	
HR:	76 bpm	QTc Interval:	412 ms	
P Interval:	52 ms	P Axis:	71.27@b	
QRS Interval:	70 ms	QRS Axis:	59.41@b	
T Interval:	184 ms	T Axis:	66.69@b	

DR KHADRE MOHAMED FOUD
CARDIOLOGUE
11-06-2020 Bureau N°16 BERBEREC
22.32.83.03-0522
Télé: 0522-22.32.83.03-0522

Signature Medecin :