

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W19-425673

50089

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricule : 10204 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre: Nom & Prénom : Herveenki Idrissi Mohamed

Date de naissance : 09/03/1970

Adresse : N6 Toub B Bloc 17 Résidence Chabab

Alma Sebaa Casablanca

Tél. : 066 339 60102 Total des frais engagés :



Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : MERZOUI IDRISSI Mad Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Néoplasie du foie et des voies biliaires

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 : 

Le : / /

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
11/11/2020	G.			<p>Montant : 0210000000</p> <p>Docteur : Dr. Chabab</p> <p>Médecin Anesthésiste Réanimateur</p> <p>Traitement de la Douleur</p> <p>Centre International d'Oncologie - Casablanca</p> <p>Tél: 05 22 73 59 16 / Fax: 05 22 99 65 74</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHABAB CASABLANCA	11/11/2020	Montant : 4404.00
<p>Dr Chabab, Imme. 4A Mag N° 37/38</p> <p>En Sebaa Benoussi Casablanca</p> <p>Tél : 05 22 73 59 16</p>		

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/>
<				



CENTRE
INTERNATIONAL

D'ONCOLOGIE
CASABLANCA



ZENITH Pharma
ARIXTRA 7.5 mg/0.6 ml
10 Seringues pré-remplies à usage unique
6 118001 271849
AMM N°: 17/19/DMP/21/NRQDNM

PPV: 1468,00 DH

ZENITH Pharma
ARIXTRA 7.5 mg/0.6 ml
10 Seringues pré-remplies à usage unique
6 118001 271849
AMM N°: 17/19/DMP/21/NRQDNM

PPV: 1468,00 DH

Casablanca, le :

11/11/2020

M^r MERZOUKI IDRISI
Mohamed

1468,00 x 3 \Rightarrow 4404,00 PHARMACIE CHABAB CAS

- Arixtra 7,5 mg

7.5

1 injection en sc. à 20 heures
(à poursuivre) voir le Dr BENCHAOUIA
Zineb.

- Solupred 20 mg

02 cp le matin pendant 03 jours
puis 01 cp le matin pendant 02 jours
puis STOP

- oedés 20 mg.
1 gelée le mat

- Dyphalac = 1càs x 3/jour
STOP si diarrhées

4, route de l'Oasis rue des Alouettes
Casablanca
Tél. : 0522 77 81 81
Fax : 0522 99 65 74
E-mail : info@ciocasablanca.ma
Site web : www.ciocasablanca.ma



AKDITAL
Acteur de Santé