

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° W19-501924

NO = 17098

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)		Société :	
Matricule : 2291		Autre : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionnaire	Date de naissance : 09.09.1957	
Nom & Prénom : CHAFI KHALID			
Adresse : 28 lot 41 ABSEIL MOHAMMAD			
Télé. : 0668407171	Total des mois engagés : 142,30 Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : <i>professeur Mohamed ARSSI Chirurgie Traumatologie Orthopédie - Clinique Mers Sultan</i>	
Date de consultation : 17-12-2019	Cher professeur Mohamed ARSSI
Nom et prénom du malade : CHAFI KHALID	Chirurgie Traumatologie
Lien de parenté : Fils	Orthopédie - Clinique Mers Sultan
Nature de la maladie : Fracture de l'épaule	Clinique Mers Sultan Casablanca
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : chute	Enfant : 77

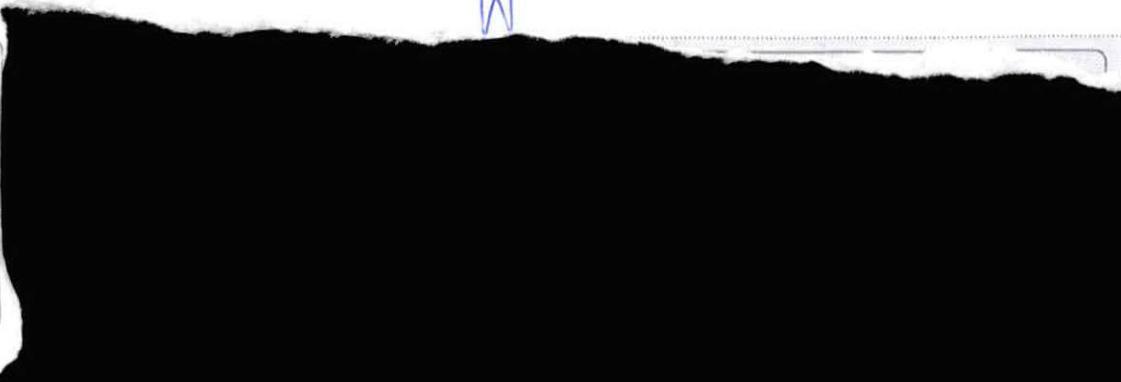
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous un caractère confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 20/12/19

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoriaires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
17/12/19	C	cf		INP : 05101080 Dr. Mohamed Chraibi - Chirurgie de la main et de l'orthopédie - Avenue Mers Sultan - Casablanca 64 Rue Ouardi Jdiss - Casablanca Tél: 05 22 27 72 72

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DR. MOHAMED CHRAIBI	17-12-19	442,30

ANALYSES - RADIGRAPHIES

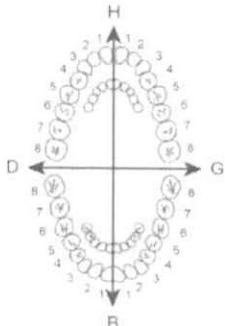
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

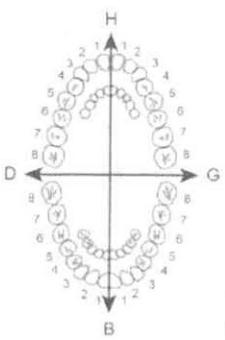
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoriaires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
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

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



**clinique
mers
sultan**



مصحة
مرس
السلطان



Pr. Mohamed Arssi

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE

TRAUMATOLOGIE DU SPORT

CHIRURGIE ARTHROSCOPIQUE

CHIRURGIE ET MEDECIN DU SPORT

TEL.: 0522 37 02 79 - FAX : 05 22 26 79 42

GSM : 0661 18 25 00 - 06 61 25 11 11 - E-mail : m.arssi@hotmail.fr

Casablanca, le 17 DEC. 2019

ORDONNANCE

NOM & PRÉNOM DU PATIENT :

(AYAFAT KHA CID)

79,00

- **MEFSAL** 15mg
1 Cp /j x 15 jours



52,80

- **Oedes** 20mg gelule
1 gelule / j x 15 jours



83,20
+ 149,50

- **SPECTRUM** 500mg cp
1 cp x 2 / j x 15 jours



10,00
x 3

- **ANDOL** 500mg cp
1 cp x 3 / j x 15 jours



47,80

D 2 gr - سعر ٤٧,٨٠
Lotion gel مل ١٠٠ + ٣٤,٢

112,30

URGENCES 24H/24H

64، شارع عمر الأدريسي (قرب حدائق مردوخ)، الدار البيضاء - الفاكس : 05 22 26 79 42

64, BD Omar El Idrissi (en face du jardin murdoch) - Casablanca - Fax : 05 22 26 79 42

الهاتف : 05 22 27 72 72(L.G) / 05 22 27 02 79 / 05 22 27 80 34 / 05 22 26 73 00 / 05 22 27 53 71 / 05 22 27 32 85

E-mail : info@cliniquemerssultan.ma / www.cliniquemerssultan.ma

79,00

149,50

83,20

LOT 181038
EXP 02/2021
PPV 52.80DH

PPV:

EXP:

Lot N°:

4780