

RECOMMANDATIONS IMPORT / A LIRE

ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

21367

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 2291		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : CHAFI KHALID			
Date de naissance : 08.09.1957			
Adresse : 28 lot Al Assil MOHAMMEDIA			
Tél. : 06686407172	Total des frais engagés : 1014.00 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 20/09/2023	Age : 66		
Nom et prénom du malade : CHAFI KHALID			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : Facture chirurgie orthopédie 07/09/2023			
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 : MOHAMMEDIA

Le : 21/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

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
21/11/20	C3		30000	INP : 01036863 Professeur de Médecine Sultan Généraliste - RUE DE LA SÉGUR 1222 Téléphone : 05 22 12 12 12 Signature : CMJ

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21-1-2020	1714,-

ANALYSES - RADIographies

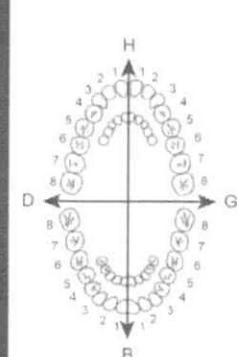
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

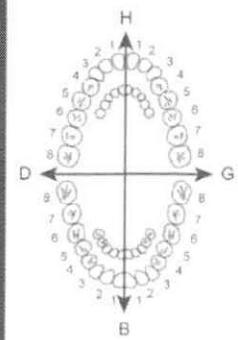
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DESTINAT

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 MEDECINE DU SPORT

TEL : 05 22 27 02 79 - FAX : 05 22 26 79 42

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

M
J.C.
16,20

ORDONNANCE

Casablanca, le 21 JAN 2020

① Voltaren SR (75) 75mg
1/8
39,-
② Osteo gelée (long) 1 gelée (x1)
S.V.

6 x
229,80

31 * ACM 20 Sachets
1 sachet / J x 2 mois
160
4 * ACM Baume Doseur 75 ml
1 app / J x 2 Semaines

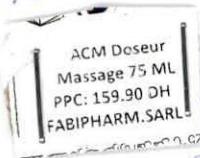


جكزن
PHARMACIE JACARANDA
Bd. Moulay Sidi Abdellah
Rue El Gara - Casablanca
Tél: 05 22 27 02 79



6 118001 030408
VOLTAREN® SR 75 mg
Comprimés enrobés

PPV : 76.20 DH



17/1/20
J.C.
64, Rue Omar El Idrissi - Casablanca
Tél: 05 22 27 02 79

URGENCES 24H/24H

05 22 26 79 42 - شارع عمر الادريسي (قرب حديقة مروخ) - الدار البيضاء - الفاكس:

64, Bd Omar El Idrissi (en face du jardin murdoukh) - 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 26 73 00 / 05 22 27 53 71 / 05 22 27 32 85

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

Pr. M. ARSSI

Complément alimentaire
avec édulcorant
Food supplement with sweetener
Complemento alimenticio con edulcorante

ACM 20
10 Sachets
PPC: 229.80 DH
FABIPHARM.SARL

ACM.20.

Complément alimentaire
avec édulcorant
Food supplement with sweetener
Complemento alimenticio con edulcorante

ACM 20
10 Sachets
PPC: 229.80 DH
FABIPHARM.SARL

ACM.20.

Complément alimentaire
avec édulcorant
Food supplement with sweetener
Complemento alimenticio con edulcorante

ACM 20
10 Sachets
PPC: 229.80 DH
FABIPHARM.SARL

ACM.20.

Complément alimentaire
avec édulcorant
Food supplement with sweetener
Complemento alimenticio con edulcorante

ACM 20
10 Sachets
PPC: 229.80 DH
FABIPHARM.SARL

ACM.20.

Complément alimentaire
avec édulcorant
Food supplement with sweetener
Complemento alimenticio con edulcorante

ACM 20
10 Sachets
PPC: 229.80 DH
FABIPHARM.SARL

ACM.20.

Complément alimentaire
avec édulcorant
Food supplement with sweetener
Complemento alimenticio con edulcorante

ACM 20
10 Sachets
PPC: 229.80 DH
FABIPHARM.SARL

ACM.20.