

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

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.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

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 caractére 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

23533

Matricule : 1196 Société : R.A.M

Actif Pensionné[e] Autre :

Nom & Prénom : RAMI RAYA CHAFAI

Date de naissance : 02/03/1950

Adresse : Sidi MAA RABE FFONATI AL ABBAS 50000

Tél. : 06 14 29 41 89

20, Rue FIDELIA, Casablanca, 20622, Maroc

Total des mois engagés : 06

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/01/2020

Nom et prénom du malade : MARTAH Saadie Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Cardiologie

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 : 24/03/2020

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
01/01/2020	01/01/2020	01/01/2020	300000	DR. MOHAMED ALAOUYI - CLINIQUE MASTICATOIRE - CASABLANCA - 20, RUE DE FRANCE - 33000 CASABLANCA - TÉL: 0522 98 07 20 - 0522 98 07 20

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PHARMACIE MASTICATOIRE	01		2000.40
	01		
	2020		

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 de l

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux	Montants des Soins	Début d'Execution	Fin d'Execution	Coefficient des Travaux	Montants des Soins	Date du devis	Date de l'Execution
<img alt="Dental chart showing teeth 1-8 in upper and lower arches with various treatments											

MXGS061



COOPER PHARMA
PPV: 72,80 DH

193,70

PPV: 49,50 DH
LOT: 19F18-B
EXP: 06/2022

125,00

128,00

125,90

160,60
PPV: 160DH60

PPV: 49,60 DH
LOT: 19L02/B
EXP: 12/2022

PPV: 28,80
LOT: PER

PPV: 28,80
LOT: PER



tatine
LOT: 197049 EXP: 06/21
PPV: 157DH10
10 mg
Voie O

160,60
PPV: 160DH60

28,80

ID:
D-naiiss
ans,

MARTAH

ASIA
A
CLINIQUE CARDIOLOGIQUE
CASA - OASIS
20, Rue de France Ville Désis - Casse 25
Tél: 0522 98 07 06 - Fax: 0522 98 83 25

09-Jan-2020 09:38:57

Fréq. Card. 69 BPM
Int PR 135 ms
Dur.QRS 16 ms
QT/QTc 400 ms
Axes P-R-T

20, Rue de France Ville Désis - Casse 25

CASA - Tél: 0522 98 07 06

04/2005

404205

0522 98 07 06

0522 98 07 06

0522 98 07 06

0522 98 07 06

0522 98 07 06

0522 98 07 06

0522 98 07 06

0522 98 07 06

0522 98 07 06

0522 98 07 06

0522 98 07 06

0522 98 07 06

0522 98 07 06

0522 98 07 06

0522 98 07 06

0522 98 07 06

0522 98 07 06

0522 98 07 06

0522 98 07 06

0522 98 07 06

0522 98 07 06

0522 98 07 06

0522 98 07 06

0522 98 07 06

Dr. Mohamed ALLAOUI
Cardiologue
20, Rue de France Ville Désis - Casse 25
Tél: 0522 98 07 06

187 / 82

