

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 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 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° P19-0025057

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 194

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ALLOD ALI (Veuve ALOUTE Aicha)

Date de naissance : 1932

Adresse : 265 EL MASSIAH I Temara

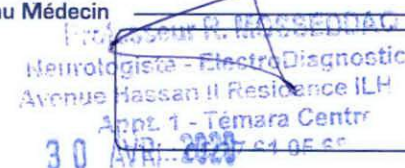
Tél. : 0537601950

Total des frais engagés : 2474,80

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ALOUTE Aicha Age : 88 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Deficit cognitif sévère

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-025057

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 194

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVÉ 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
30 AVR 2020	CS	CS	2000	Dr. Meddour R. MOSEDDAQ Neurologue - ElectroDiagnosticien Rue Hassan II Résidence ILHAM 2 Appt 1 - Témara Centre TEL: 05 37 61 05 68
			101173854	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

30/04/2020

2224,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table> <tr> <td colspan="2">H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>D</td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr> <td colspan="2">B</td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور رشيد مصدق

أستاذ بكلية الطب بالرباط
اختصاصي في أمراض الجهاز العصبي، أمراض العضلات،
الصرع و التشخيص الكهربائي للدماغ والأعصاب الطرفية



Médecin R. Mosseddaq

Professeur de neurologie

Spécialiste des maladies du système Nerveux,
Muscles, Epilepsie, Accident Vasculaire Cérébral,
EléctroEncéphalographie - EléctroMyographie

INP: 101173854

30 AVR. 2020

Professeur
Neurologue - L.
Avenue Hassan II Rd.
App. 1 - Témara Centre
Tél: 05 37 61 05 68

Monte

Chia

$506,00 \times 3$
 $1518,00$

Dopex L 10 1000 mg
x 3 mon

$154,00 \times 3$
 $462,00$

Prisdal 1mg

$13,80 \times 3$
 $41,40$

150 mg
Haldol 1mg

$67,80 \times 3$
 $203,40$

III gnt mon, 1500 mg
x 3 mon

2224,80 - Tanaka Super
1 pipette x 21, x 3 mon

Professeur R. MOSSEDDAQ
Neurologue - ElectroDiagnosticien
Avenue Hassan II Residence ILHAM 2
App. 1 - Témara Centre

شارع الحسن الثاني، تجزئة البروفنصال، الهام 2 - رقم 1
أمام محطة طوطال - تمارة المركز
الهاتف و الفاكس : 05 37 61 05 68
البريد الإلكتروني : mossedrach@gmail.com

Avenue HASSAN II, lotissement provençal,
résidence Ilham 2, App A1, En face station Total
Tél./Fax : 05 37 61 05 68
Témara - centre
Email : mossedrach@gmail.com

PPV: 506 DH 00

25 درجة مئوية

PPV: 506 DH 00



PPV: 506 DH 00



LOT: 0902993
EXP: 04/2022
PPV: 154DH00

LOT: 0902993
EXP: 04/2022
PPV: 154DH00

LOT: 0902993
EXP: 04/2022
PPV: 154DH00

Lot: 13,80
Per: 2 21 2
P.P.V: 13,80



LOT 7MA016
PER: 11 2020
TANAKAN 40MG/ML
SOL BUV FL 30 ML
P.P.V: 67DH80
118000 011552

LOT 7MA016
PER: 11 2020
TANAKAN 40MG/ML
SOL BUV FL 30 ML
P.P.V: 67DH80
118000 011552

LOT 7MA016
PER: 11 2020
TANAKAN 40MG/ML
SOL BUV FL 30 ML
P.P.V: 67DH80
118000 011552

Lot: 13,80
Per: 2 21 2
PPV: 13,80



Lot: 13,80
Per: 2 21 2
PPV: 13,80

