

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTRIVER 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.

adiologie 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.

ééducation :

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.

aladie 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

N° P19-0025057

ED : 22777

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 194 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ALLOD ALI (YOUSSEF ALLODTE Aicha)

Date de naissance : 1932

Adresse : 263 ELMASSINA I Témara

Tél. : 0537 60 19 50 Total des frais engagés : 2474,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BEN SEDDIQ
Neurologiste - Electro Diagnostic
Avenue Hassan II Résidence ILH
App. 1 - Témara Centre
30 AVR 2021 01:05:55

Date de consultation : / /

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

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Déficit 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 ADHÉRENT

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) :

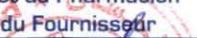
Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AVR. 2003 | CS | CS | 200 M |  Professeur R. MOSSEDDAQ Neurologue - Electro-Diagnosticien Avenue Hassan II Résidence ILHAM 2 Appart. 1 Témara Centre Tel.: 05 37 61 05 68 |

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

VOLET ADHERENT

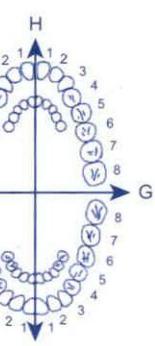
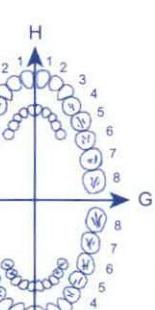
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
|  | H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 | G 21433552 00000000 00000000 11433553 | B | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | (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 مصطفى



Médecin R. Mosseddaq

Professeur de neurologie

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

أستاذ بكلية الطب بالرباط
الخبير في أمراض الجهاز العصبي، أمراض العضلات،
الصرع والتشخيص الكهربائي للدماغ والأعصاب المترقبة

INP: 101173854

30 AVR. 2020

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

Albante

clia

~~506,00 + 3
1518,00~~

1. Dopasril 10. 100 tabs

~~154,00 + 3
246,00~~

Dopasril 100

~~13,00 + 3
34,00~~

15 tabs

Holodol grise

~~67,00 + 3
90,00~~

III. grise 30 tabs

6 tabs
= 3 mon

222011 - Tanakore 500
1 pipette x 2 (1) x 300
= 2

Professeur R. MOSEDDAQ
Neurologue - ElectroDiagnostien
Avenue Hassan II Résidence Ilham 2
App. 1 - Témara Centre

شارع الحسن الثاني، تجربة البروفنسال، الهم 2 - رقم 1

أمام محطة طوطال تمارا المركز

الهاتف والفاكس : 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

ن 25 درجة منوبة.



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: 7MA016
PER: 11/2020

TANAKAN 40MG/ML
SOL BUV FL 30 ML \otimes
P.P.V: 67DH80
6 118000 011552

LOT: 7MA016
PER: 11/2020

TANAKAN 40MG/ML
SOL BUV FL 30 ML \otimes
P.P.V: 67DH80
6 118000 011552

LOT: 7MA016
PER: 11/2020

TANAKAN 40MG/ML
SOL BUV FL 30 ML \otimes
P.P.V: 67DH80
6 118000 011552

