

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.

N° W19-585823

56366

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société :	
Matricule : RY24		Nom & Prénom : MOURADI - ABDELKADER	
<input type="checkbox"/> Actif		<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Date de naissance : 05.07.1931		Autre :	
Adresse : CITE INARA 1 AV. SIDI EL MANSOUR		Tél. : 06 68 88 83 74	
CASA		Total des frais engagés : 300,00 Dhs	

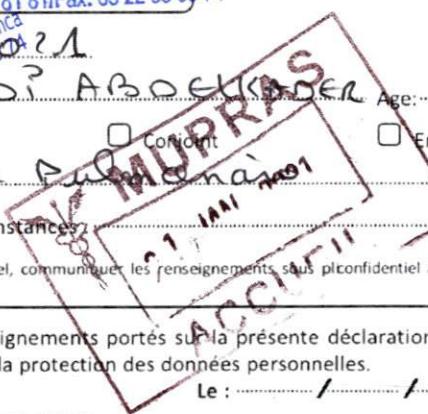
Cadre réservé au Médecin	
Docteur Addi AARAB Médecin Anesthésiste Réanimateur Tremblement de la Douleur Centre International d'Oncologie - Casablanca Tél: 05 22 77 81 81/Fax: 05 22 99 63 74	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 20/07/2011	
Nom et prénom du malade : MOURADI ABDELKADER Age: 77	
Lien de parenté : Conjoint	
<input type="checkbox"/> Lui-même	
Nature de la maladie : Méplasie du membre	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Accident	
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 :

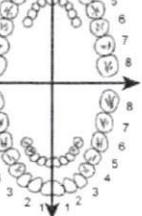
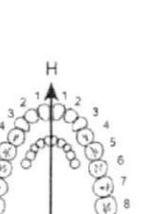
Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /



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
04/09/2021		5	5000	INP : 09100000001 Docteur Addi AARROU Médecin Anesthésiste Réanimateur Traitement de la Douleur National d'Anesthésiologie - Casablanca Téléphone : 05 22 99 65 74

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		AM	PC	IM	IV		
ENTRE KINE MED SALAM HANANE 180/184 Bd. Tchka L.L. SAMIA BIN CHOK CASABLANCA +212 30 5072	06.01.2016		caisse de maroc		total : 3000Dhs		

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (Rows for treatment of upper and lower teeth)	Nature des Soins (Rows for nature of treatments)	Coefficient (Rows for coefficient)	INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																
				ODF PROTHÉSES DENTAIRES 																
				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433562</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>					H	G	25533412	21433562	00000000	00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553
				H	G															
				25533412	21433562															
				00000000	00000000															
D	B																			
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
<input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																				
<input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																				
<input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																				
<input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																				
<input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																				
<input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																				
<input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																				
<input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																				



CENTRE
INTERNATIONAL
D'ONCOLOGIE
CASABLANCA

Casablanca, le :

04/01/2022

Mr OURAOU Abdelkader

Déambulateur

300dh

CENTRE KINE MED
SALAM HABANE
180/184, 3rd Techka Lot. ZAMIA
AIN CHOK CASABLANCA
Tel.: 0662 30 50 72

S

Docteur Addi AARAB
Médecin Anesthésiste Réanimateur
Traitement de la Douleur
Centre International d'Oncologie Casablanca
Tél: 05 22 77 81 81 / Fax: 05 22 99 65 74

Signature

4, route de l'Oasis rue des Alouettes
Casablanca
Tél. : 0522 77 81 81
Fax : 0522 99 65 74
E-mail : info@ciocasablanca.ma
Site web : www.ciocasablanca.ma

dh AKDITAL
Acteur de Santé

FACTURE N° : P68

MOURADI ABDELKADER

Code Client : 202086

Casablanca le, 06/01/2021

Arrêtée la présente facture à la somme de :
TROIS CENTS DH.