

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

tions 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 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

Reclamation : 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloger Casablanca 20000 - Tél: 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

N° P19- 0042902

56437

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02190

Société : Royal air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : RADIGHI ABDEL ALI

Date de naissance : 31/05/1955

Adresse : Lissasfa, lotissement AL KHOUZANA n° 59

CASABLANCA

Tél : 06 64 09 09 80

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/2001

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Mésoplébite + fœtus + HD CFS 2

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 12/2001

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
22 OCT. 2020		C 8 = 360 DT		<i>professeur M. M. M. Clinique Médecine Spécialisée Chirurgie - Chirurgie Orthopédie - Clinique Omnia El Hadj Sidi Bouzid, Tel: 0522271202</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE L'EXTENSION 24 Rue de l'Assistance - GAILLANCE 093 48 40 00	22/0ct/2020	505,20

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				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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Pr. Mohamed Arssi

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
TRAUMATOLOGIE DU SPORT
CHIRURGIE ARTHROSCOPIQUE
CHIRURGIE ET MEDECIN DU SPORT
TEL.: 0522 27 02 79 - Fax : 05 22 26 79 42
GSM : 0661 18 25 00 - 06 61 25 11 11 - E-mail : m.arssi@hotmail.fr

Casablanca, le/...../..... 2 OCT. 2020

ORDONNANCE

NOM & PRÉNOM DU PATIENT :

Dr. M. M. MEGOUET
101 Avenue du 11 Novembre
Casablanca 20000

ARIZA

Pr

PHARMASIE L'EXTENSION

24 Rue 3 Mai
Extension - Casablanca

Tel: 05 22 53 48 40

BIOCODEX MAROC

P.P.V.: 52,40DH

LOT 200311
EXP 02/2023
PPV 79.00DH

LOT : 200115
UT AV : 02/2023
PPV : 10,00DH

LOT : 200681
UT AV : 04/2022
PPV : 30,00DH

PPV: 136DH50

LOT 200701
EXP 02/2022
PPV 82.10DH

- MEFSAL 15mg
1 Cp/j x 15 jours
- Zoegas 20mg
1 gelule / j x 15 jours
- ANDOL 500mg cp
1 cp x 3 / j x 15 jours

Sedalgie x 15 jours au contraire le soir
1 cp x 2 par jour

Alyk SF (15mg), 1p x 3 p
Nuit gherril SF 1p x 2 p 2 h

URGENCES 24H/24H

64, شارع عمر الادريسي (قرب حدائق مرسى الدار البيضاء - الفاكس: 05 22 26 79 42

64, Bd Omar El Idrissi (en face du jardin murdoch) - Casablanca - Fax: 05 22 26 79 42

Tel.: 05 22 27 72 72 (L.G) / 05 22 27 02 79 / 05 22 27 80 34 / 05 22 26 73 00 / 05 22 27 53 71 / 05 22 27 32 85

الهاتف E-mail : Info@cliniquemerssultan.ma / www.cliniquemerssultan.ma

505,120