

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

Informations 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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 790 Société : RAAI 68875

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AMRANI MARIAM HY Djezou

Date de naissance : 1948

Adresse : INARA II Rue 1 m 44

Tél. : 06 68 40 4898 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/01/2011

Nom et prénom du malade : Amrani Mariam Djezou Age : 71 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection neurologique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : abcès

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) : H. HAKANI

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 12/02/2011 | 3 | 6 | | Neuvechâtre - 06 62 12 48 Référence : TR : 05 22 26 85 Signature AMRAN |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|-------------------|-----------------------|
| <i>IMAC TOURI MOUSSA Mly. Abdellah 8d, Zaza 88, Blvnd Al ablanca - Tél: 0322 215 966 INP : 092003896</i> | <i>12-02-2021</i> | <i>323.800</i> |

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 |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 d

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| | H |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | |
| 00000000 | 00000000 |
| 25533411 | 11433553 |

(Création, remont, adjonction)

| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|-------------------------------|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|---|--|----------------------|
|  | <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 style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> | H | G | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | <input type="text"/> |
| H | G | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | G | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | | | |

Neurochirurgien

Adultes et Enfants

49 , Avenue 2Mars, Résidence les Roseaux, 1er étage
(à Côté de lycée Mohamed V et Snack pomme de pain) Casablanca

Tél 05 22 26 58 01 - 05 22 27 11 64 - 06 62 13 12 48

Sur Rendez- vous

أستاذ أخصائي في أمراض و جراحة
الرأس، الدماغ، الأعصاب و العمود الفقري

الكبار و الصغار

شارع 2 مارس الطابق الأول

(قرب ثانوية، محمد الخامس و Snack pomme de pain) الدارالبيضاء

الهاتف: 06 62 13 12 48 - 05 22 26 58 01 - 05 22 27 11 64

بالموعد

MYANTALGIC®²⁰

PPV 30DH00

Casablanca , Le 12/02/87 الدارالبيضاء في

Mr AMRANI ID QUSS:
My ISSA

Maladies et
Chirurgie
de la
colonne
vertébrale

Maladies et
chirurgie
du crâne

30.0

30.00

26.0

99.00

32.38.0

PHARMACIE AL AZHAR
DIOURI MOHAMMED
133 Bd. Taza Hay Mly Abdellah
Casablanca - Tel: 0522 215 966
INP : 0920038956

Arcoxia 90 mg
14 comprimés
P.P.V: 268.00 DH
Distribué par MSD Maroc
AMM 453/16DMP/21/NOTO
70042493/
120916-

6 118001 160051

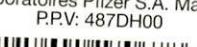
Laboratoires Pfizer S.A. Maroc
P.P.V: 487DH00



Laboratoires Pfizer S.A. Maroc
P.P.V: 487DH00



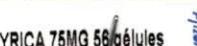
Laboratoires Pfizer S.A. Maroc
P.P.V: 487DH00



Laboratoires Pfizer S.A. Maroc
P.P.V: 487DH00



Laboratoires Pfizer S.A. Maroc
P.P.V: 487DH00



Laboratoires Pfizer S.A. Maroc
P.P.V: 487DH00



LOT 200710 LOT 190817
EXP 01/2021 EXP 02/2022
PPV 99.00 D PPV 99.00 DH

E-mail : amrani@neurochirurgien-amrani-maroc.com / Site Web : www.neurochirurgien-amrani-maroc.com

En cas d'urgence : 05 22 86 02 07 / 06 25 14 93 25 / 06 49 50 45 33