

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



83042

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

Déclaration de Maladie : N° P19-0007256

- Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

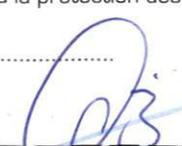
Matricule : 2207 Société : R A M
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : Aziz BOUCHAIB Date de naissance : 04/08/1957
Adresse : HABITUELLE
Tél : 0664 074077 Total des frais engagés : 1434,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : LAHROUB ZOÛRA Age: 28/06/63
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie : Gonarthrose
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
ICE: 001681267000045
07 SEP 2021
H. HAKA

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 : Casa Le : 26/08/2021
Signature de l'adhérent(e) : 

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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
5 AOUT 2021		1	250,00	<i>[Signature]</i> Dr Mohamed WADIF Chirurgie Orthopédique et Traumatologie 398. Bd. Reda Gdira (Ex. Nil) Cité Djamaa - Tél.: 0522 556 444

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourmeur	Date	Montant de la Facture
<i>[Signature]</i> PHARMACIE GHORFANE Rue 2 N° 116 Bloc (C) Quartier Al Qods Sidi Bernouss Casablanca	26/08/2021	1189,400

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	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>															
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
		<table border="1"> <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 <input type="text"/>
		H																	
		25533412	21433552																
00000000		00000000																	
D		G																	
00000000		00000000																	
35533411		11433553																	
B																			
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mohamed WADIF

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

Diplômé de la faculté de Médecine de Strasbourg (France)

- Diplôme d'Université de Traumatologie du Sport
- Diplôme d'Université de Chirurgie de la main
- Diplôme d'Université de Microchirurgie
- Diplôme d'Université d'Arthroscopie

Ancien Chirurgien des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Ancien Chirurgien des Hôpitaux Militaires du Maroc

Cabinet sur rendez-vous

ICE : 001681267000045

Casablanca, le 26 AOUT 2021... في الدار البيضاء



شهادة
اصل
فرنسا

77,50

EXP : 09/2023
LOT : 2073
PPV : 47,60 DH
شهادات الجامعة بسترابورغ
سابقا بالمستشفيات العسكرية بالمغرب

عيادة بالمعهد

ZENITH Pharma
AMM N° 556/17 DMP/21/NPQ
6 118001 271214
PPV : 283,00 DH

ZENITH Pharma
AMM N° 556/17 DMP/21/NPQ
6 118001 271214
PPV : 283,00 DH

M^{re} - CAHROUB Zohra

R. hocolep.

283 - x3
 Chondresulf 400mg 1ml x3
 D. une F. 1ml x3
 codalimex 14 x2
 Lyrica 25mg 1ml x2
 Dextilon 20 y 1ml
 No-flan une 1ml

PHARMACIE GHOFRANE
Dr. HRIOUA LAILA
Rue 2 N° 116 Bloc (C)
Quartier Al Qods Sidi Berr
Casablanca

ZENITH Pharma
AMM N° 556/17 DMP/21/NPQ
6 118001 271214
PPV : 283,00 DH

LYRICA 25mg x6 gélules
P.P.V. : 141DH10
Laboratoires
Pfizer S.A.

PVC : 45.00 DH

Dr. Mohamed Wadif
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

22,20

بيضاء الهاتف: 05 22 55 64 44
398, Bd Reda Gdira (Ex. B)

LOT: 02070524

398, شارع رضا كديرة (مس)

Casablanca Tél.: 05 22 55 64 44