

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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

Reclamation : contact@mupras.com

sec@mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M21- 0051712

Maladie

Dentaire

Optique

88444

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5677 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre : Retraite

Nom & Prénom : MAWAM Med

Date de naissance : 30-06-1951

Adresse : 69, Rve AL HOUDHOD

Tél : 0522273479 Total des frais engagés : 280,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/09/2011

Nom et prénom du malade : Zahidi Fatima Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Néoplasie du sein

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 : Casa Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A A-215 / 2019



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 13/09/2021 | | | 6 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|---------|-----------------------|
| | 13/9/21 | 28060 |
| | | |
| | | |

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 | 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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

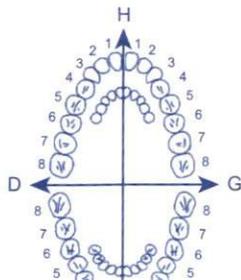
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|--|
| | | | | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| G | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B | |

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS



13/09/2021

Pr. A. Acharki
Onco-Radiothérapeute

Dr. O. Alami
Onco-Radiothérapeute

Dr. H. El Boussairi
Onco-Radiothérapeute

Pr. A. Benider
Onco-Radiothérapeute
TPA: Mardi AM / Vendredi AM

Pr. S. Sahraoui
Onco-Radiothérapeute
TPA: Lundi AM / Jeudi AM

Pr. N. Benchakroun
Onco-Radiothérapeute
TPA: Mardi AM / Vendredi AM

Pr. Z. Bouchbika
Onco-Radiothérapeute
TPA: Lundi AM / Jeudi AM

Dr. S. Moufik
Onco-Radiothérapeute

Dr. C. Lahmamssi
Onco-Radiothérapeute

Mme Zahidi Fatima

7/80x3

Sepecen 500mg

1cp x 2/j x (3 boites)

28/10x2

Tramadol

280,60

1cp x 2/j (2 boites)

PHARMACIE DE L'HOPITAL s.a.u.
Angle Bd Zerktouni Et Rue D'agadir
Casablanca

93/132



500[®] سيبسين

سيبروفلوكساسين

علبة من 10

SEPCEN[®] 500 mg

ciprofloxacin

10 comprimés pelliculés



18000230182

بعض اصنام الوب

Lot : 15827006
N : 2472044
Date : 2011

8180 74

500[®] سيتيسين

سيير وفلو كسا سين

علبة من 10

SEPCEN[®] 500 mg

ciprofloxacin

10 comprimés pelliculés



18000230182

بعض اصنام الوب

Lot : 15827006
N : 2472044
Date : 2011

8180 74

500[®] سيبسين

سيبروفلوكساسين

علبة من 10

SEPCEN[®] 500 mg

ciprofloxacin

10 comprimés pelliculés



18000 230182

بعض اصنام الوب

Lot : 15827006
N : 2472044
Date : 2011

8180 74

TRAMADOL NORMON[®] 50 mg

Tramadol

LOT: 12421001
PER: 03/2024
PPV: 28, 10 DH

20 gélules
Voie orale

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
A conserver à une température inférieure à 30°C
Sous ordonnance médicale.
Tableau A

**Respecter les
doses prescrites**
المرجو احترام الجرعات الموصوفة

TRAMADOL NORMON[®] 50 mg

Tramadol

LOT: 12421001
PER: 03/2024
PPV: 28, 10 DH

20 gélules
Voie orale

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
A conserver à une température inférieure à 30°C
Sous ordonnance médicale.
Tableau A

**Respecter les
doses prescrites**
المرجو احترام الجرعات الموصوفة