

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ② Réclamation | : contact@mupras.com |
| ② Prise en charge | : pec@mupras.com |
| ② Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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° W21-636458

107698

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5032

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ABDEL FADEL

SAID

Date de naissance : 08/01/1964

Adresse : M LOT FLORIDA Rue 4 CALIFORNIE

CACA

Tél. : 0661342400

Total des frais engagés :

80.644

Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/12/22

Nom et prénom du malade : ABDELFADEL SAID

Age :

Lien de parenté : Lui-même

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Affection

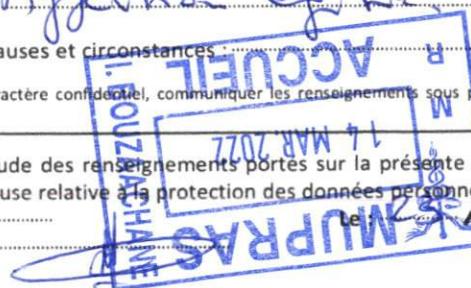
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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

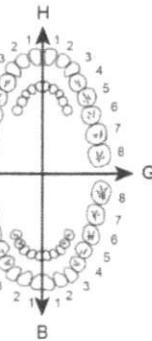
Signature de l'adhérent(e) :



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
23/03/2023	Consultation	1	300,00	INP : [] Dr. A. Bellenchia ZANE Spécialiste de la maladie de Reye Diplômé de l'U.S. M. C. C. P. 02 90 90 90 90
22/03/2023	Consultation	1	300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/12/21	39, Rue Maréchal Joffre France Ville Tél: 0522253777 Fax
		506.00

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																							
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (empty table rows)	Nature des Soins (empty table rows)	Coefficient (empty table rows)	INP : <input type="text"/>																			
				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" data-bbox="1525 920 1752 1068"> <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 colspan="2">D</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> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>			
						H																	
						25533412	21433552																
						00000000	00000000																
						D																	
00000000	00000000																						
35533411	11433553																						
B																							
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																							

LOT : 3131
UT. AV : 08-24
P.P.V : 216 DH 00

LOT : 13621003
PER : 04/2024
PPV : 38,00 DH

مصحة الأمان

LOT : 13621003
PER : 04/2024
PPV : 38,00 DH

PPC : 75.00 DH

ablanca le

23/12/21

M. ABDELLAOUI SAID

Dr. Abdellaoui
Spécialiste en Maladies de
Digestif et du Foie et de l'Anus
57 Bd. Okba Ibno Nâfi Casablanca
Tél: 05 22 62 00 90

216.00

① EUZOL 40g



38.00 x 2

② Vermia 2s



139.00

③ Culinflex



25.00 0 - 1 -

1 a/p.

CLINIQUE AL AMANE
39, Rue Mohamed
Franceville - Casablanca
Tél: 0522 25 38 72 / 05.
Fax: 0522 98 88

④ Hemovine 50g



Clinique Al Amane, N°39, Rue Mohamed AL HAYANI (ex Lamenais), Franceville, Casablanca

Tél : 05 22 25 38 72, 05 22 25 10 62 - Fax : 05 22 98 88 94

Web : www.cliniquealamane.com - Mail : contact@cliniquealamane.com