

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

- 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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **01377** Société : **RAM**

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **KASRÉ MOHAMMED**

Date de naissance : **01-01-1950**

Adresse : **224 Rue Tanger cité de l'air, Nouaceur**

Tél. : **0661 106715** Total des frais engagés : **636,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **15/06/2022**

Nom et prénom du malade : **EL HAMDAANI Saïda** Age : **63 ans**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Fracture genou**



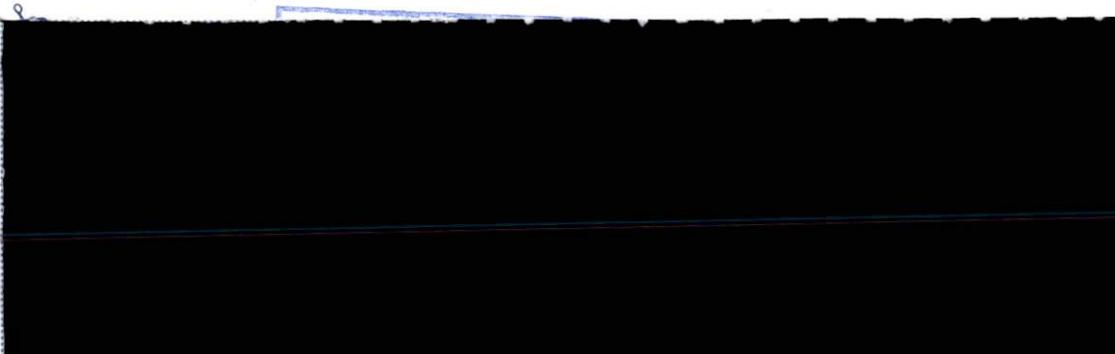
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : **CASABLANCA** Le : **14/05/2022**

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
14/05/22	CS		300,-	

EXECUTION DES ORDONNANCES

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAISES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



N^{me} El Yassouri
Said Ep. Le lulosin
184,00 ₣ info gel
20,90 ₣ x3
Vitamine D₃
15,38 ₣
1/2 Vitamine C
URGENCES 24H/24H

PHARMACIE BEN M'SIK
MAROUANE En Pharmacie
Docteur Kaddija Bd. Oum P.
Lot. Kaddija GSM : 05 24 22 22 22

AMM N° 171/16 CMP/21/NP
6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

AMM N° 171/16 CMP/21/NP
6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

AMM N° 171/16 CMP/21/NP
6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

PPV 15DH30
EXP 09/2024
LOT 19035 18

64، شارع عمر الأدريسي (قرب حديقة مرسوخ) - 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
Tél.: 05 22 27 72 72 (L.G) - 05 22 46 72 00/01/02/03 - 05 22 46 72 09 - 05 22 46 72 05

E-mail : cliniquemersultan@gmail.com - cms@cliniquemersultan.com

www.cliniquemersultan.com / ICE : 001728360000010

37.00 X 2
Préscription sur FNINI Salles
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Quartier des Hôpitaux 2ème étage
Tél: 05 22 36 28 11 / Urlm: 05 22 31 23 93

~~DULASTAN~~

Acq. x 2

336,00

PHARMACIE BEN M'SIK,
MAROUANE BEN M'SIK
Docteur En Pharmacie
Lot. Khadija Bd. Oum Rabiaa - Deroua
L'EGYPTIENNE 1141 N°1 Salles
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
15 Rue de La Londe Angle Rue Amyot
Quartier des Hôpitaux 2ème Etage
Tél: 05 22 36 28 11 / Urlm: 05 22 31 23 93

