

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.

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

M22- 0008557

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5985 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SAIN MOUHAMAD

Date de naissance :

26/11/66

Adresse :

HABITUELLE

Tél. 0661172775 Total des frais engagés : 475,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

15/07/2022 Nom et prénom du malade : BOUGAHLIR Samia Age :

Lien de parenté :

Même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Alerte ALD ALC

Pathologie :

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 : CMASR

Le : 8/8/22

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
15/07/2022	CS		300 (H)	
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL CASA S.A. 48, Avenue Mendié CARABOBO	15/07/22	175,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	PAR 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'ODDF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

électrice, très spécifique, nécessitant la profession

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1 through 8) and a coordinate system. The horizontal axis is labeled D (left) and G (right). The vertical axis is labeled B (bottom) and S (top). The teeth are arranged in a curve, with numbers indicating specific points of interest.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Naila MIDAFI

Neurologue

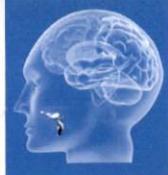
Spécialiste des maladies du cerveau,
de la moelle épinière, du nerf et du muscle
Spécialiste des troubles du sommeil

Adulte et enfant

(Epilepsie, Migraine, Vertige, Accidents vasculaires
cérébraux, maladie d'alzheimer, Maladie de parkinson,
Sclérose en plaques, Myopathies, Neuropathies)

Explorations Electroneurophysiologiques

Electroencéphalogramme (EEG)
Electroneuromyogramme (EMG)



الدكتورة نائلة ميدافي

أخصائية في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

أخصائية في إضطرابات النوم

الكبار والأطفال

(أمراض الصرع، آلام الرأس، الدوخة، جلطة الدماغ

مرض الزهير، مرض باركينسون، مرض التصلب

المتعدد، أمراض الأعصاب والعضلات)

التخطيط الكهريائي للدماغ (الشبكة)

التخطيط الكهريائي للأعصاب والعضلات

Casablanca, le :

15.07.2022

Mme BOUGAMIR Samira

1 D-CURE FORTE 100 000 UI

1 ampoule par mois pendant 3 mois

2 CILENTRA 10 MG

1/2 cp le matin pendant 3 mois

49,60

126,00

175,60

PHARMACIE EL MANAR

CASA S.A.R.L. A.U.

48, Avenue Mehdi Ben Berka Bourgogne
CASABLANCA

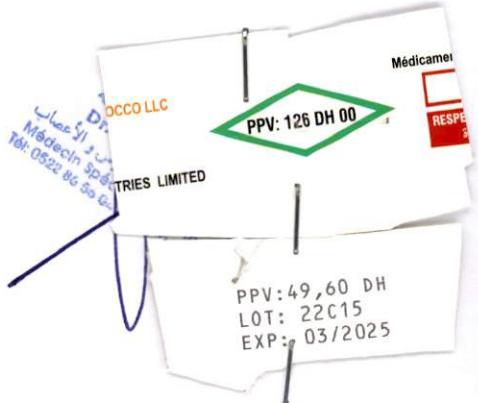
PHARMACIE EL MANAR

CASA S.A.R.L. A.U.

48, Avenue Mehdi Ben Berka Bourgogne
CASABLANCA

15-07-22

PHARMACIE EL MANAR
CASA S.A.R.L. A.U.
48, Avenue Mehdi Ben Berka Bourgogne
CASABLANCA



Sur Rendez-vous

مجمع المعراج: ملتقى شارع أنوال و شارع عبد المؤمن، الطابق الثاني، رقم 26 ، الدار البيضاء

Al Miaraj Center : Angle Bd. Anoual et Bd Abdelmoumen, 2^{me} Etage, N°26 - Casablanca

Station Tramway Abdelmoumen (ligne 1) / Station Tramway Anoual (ligne 2)

Tél : 0522 86 56 04 - GSM : 0661 71 09 33 - Whatsapp : 06 69 73 56 40 - E-mail : nmidafi@gmail.com