

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

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

652

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

KAMLI Mohamed

Date de naissance :

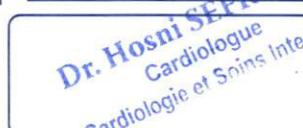
Adresse : N°168 Rue Nass m-e cité Hassan Ben Shâhane

Tél. : 0523 29 18 44

Total des frais engagés : ... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

29/07/2019

Age :

Nom et prénom du malade :

KAMLI Mohamed

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

AVC isch. AFDI HT

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 : 29/07/2019

Signature de l'adhérent(e) :

Kif

ACCUEIL

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Nature des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin Attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|--------------------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 29/07/2019 | Cardiologue et Soins Intensifs | 6 | | Dr. Housni SEFRIOU Cardiologue et Soins Intensifs CLINIQUE CARDIO CASA OASIS 20, rue de l'Arche de l'Assomption 95290 Ville d'Avray Tél: 01 39 98 07 05 - Fax: 01 39 98 88 88 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|-----------|-----------------------|
| Dr. Housni SEFRIOU | 29/7/2019 | T = 3291,00 DH |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| 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 | |
| | | | | | | |

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

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|--|---|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | MONTANTS DES SOINS |
| | H | 25533412 | 21433552 | |
| | D | 00000000 | 00000000 | |
| | | 00000000 | 00000000 | |
| | | 35533411 | 11433553 | |
| | B | | | |
| | G | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | DATE DU DEVIS |
| | H | 25533412 | 21433552 | |
| | D | 00000000 | 00000000 | |
| | | 00000000 | 00000000 | |
| | | 35533411 | 11433553 | |
| | B | | | |
| | G | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | DATE DE L'EXECUTION |
| | H | 25533412 | 21433552 | |
| | D | 00000000 | 00000000 | |
| | | 00000000 | 00000000 | |
| | | 35533411 | 11433553 | |
| | B | | | |
| | G | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |



CARDIOLOGUES

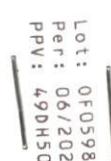
Dr. Jihane EL JAOUHARI

Dr. Karim BENJELLOUN

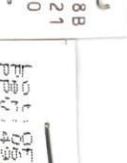
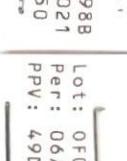
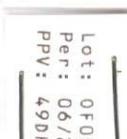
Dr. Abdellatif DARIF

Dr. Naima MAAROUFI

Dr. Hosni SEFRIOUI



1126344141 MA



M KANCI Nofar 9.9.7-19

Exforge 5/80 (S.V)
296,00 x 3 1CP
888,00

Coplavix 1CP
278,00 x 3 1CP
834,00

Cronat 6,25 (S.V)
49,50 x 6 1CP
297,00

Cefix 20 (S.V)
424,00 x 3 1CP
1272,00

T = 3291,00 DH

CLINIQUE CARDIOLOGIQUE
CASA - OASIS
20, Rue de France Ville Oasis - Casa
Tél: 0522 98 07 06 - Fax: 0522 98 83 25

Dr. Hosni SEFRIOUI
Cardiologue
Cardiologie et Soins Intensifs

