

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

nditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

diologie 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.

ptique :

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

éducation :

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.

ntaire :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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

Déclaration de Maladie : N° P19- 0006633

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10235

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ROTHI MOHAMED Date de naissance : 01-01-62

Adresse : HAY IRAKIA - Rue BAÏ LABAK - 1er étage

Tél. : 06 73 - M. 14.75 Total des frais engagés : 19500 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : **Lui-même**

Conjoint **Enfant**

Nature de la maladie :

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 : Carac Le : 15 NOV 19

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXI HAIBES MEDICALS

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
 Medipro L'agence de remboursement des Hôpitaux 77 03 55 - Fax : 05 22 20 38 53 nagmail.com	15-11 Cas 2013	60	0	0	0	9309,00 AD

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'ostéodensitométrie.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a 3D grid structure with 12 vertices. The top vertex is labeled 'H'. The bottom vertex is labeled 'G'. The leftmost vertex is labeled 'D'. The rightmost vertex is labeled 'H'. The other 12 vertices are labeled with the numbers 1 through 8, arranged in a specific pattern around the grid.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISÉ ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



الدكتور عبد الوهاب الرفاس

Professeur A. REFASS

Chirurgie
& Traumato-Orthopédie Pédiatriques

Casablanca, le 15 NOV 2019

15 NOV 2019

QOTBI HSS/

Seboule DR

Corset de Chausset

9500.00 Dhs


38, Rue des Hôpitaux - Quartier des Hôpitaux - Casablanca - Tél. : 05 22 20 38 53 - Fax : 05 22 20 38 55 - E-mail : a.refass@gmail.com

Professeur A. REFASS
Chirurgie & Traumato-Orthopédie
Pédiatriques
237 Bd. Zerkouni - Casablanca
Tél : 0522.942.000 - INP : 091118495
CE : 001679391000063

Cabinet : Résidence Kheir - 237, Bd zerkouni - Casablanca - Tél. : 0522.942.000 - Fax : 0522.942.009 - e-mail : a.refass@gmail.com

Clinique : 50, Bd Abderrahim Bouabid - Oasis - Casablanca - Tél. : 0522.231.818 (8 LG) / 0522.235.073 - Fax : 0522.235.028

Devis

Nom : Qotbi
Prénom : Assil
Date : **16/11/2019**
N° de devis : **940/19**

Quantité	Description	PU .HT	Total HT
1	CORSET DE CHENEAU	9500.00 DH	9500.00 DH
	Montant total	9500.00 DH	

Ps : Vente hors TVA-Décret-supprimant l'autorisation préalable

La Direction.



MedicPRO
L'acquêteur reconnait
38, Rue des Hôpitaux - Quartier des Hôpitaux - Casablanca
Tél. 05 22 27 03 55 - Fax : 05 22 20 38 53
E-mail : medic.pro3@gmail.com