

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

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.

cique :

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 canalaire, 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 canalaire.

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

23229

Déclaration de Maladie : N° P19-0006836

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 449	Société : ROYAL AIR MAROC	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : NASSI, Mohammed		Date de naissance : 01/01/1943
Adresse : 202, Bd IBN SINA Hay Hassan CACA		
Tél. : 0644377306	Total des frais engagés : 1942,00	Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **02/02/2020**

Nom et prénom du malade : **NASSI, Mohamed**

Lié de parenté : **Lui-même**

Nature de la maladie : **A + Dystrophie**

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 Blanca**

Signature de l'adhérent(e) : **Yous**

Le : **20/02/2020**

 **MUPRAS**

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
2022-02-28	3	300	900	15.02.2022 Dr. Gregoire Abdouh - Cardiologiste

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. Samira Abdessame	20/2/2020	342,00

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF
Cardiologie adulte et pédiatrique
Explorations Cardio-vasculaires

5 rue Mohamed Abdou

CASABLANCA

Tél. : 0522 29 81 55 / 59 ou 0522 47 26 89

Dom : 0522 79 85 32 - Fax : 0522 22 62 97

GSM cabinet : 06 78 18 18 16

SYNTHEMEDIC
 22 rue zoubier bneu al aquam roches
 noires casablanca
 ATACAND

8 mg Cpr séc
 Bte de 30
 13916 DMP/21NRQ P.P.V : 127,70 DH
 6 118001 020539

SYNTHEMEDIC
 22 rue zoubier bneu al aquam roches
 noires casablanca
 ATACAND

8 mg Cpr séc
 Bte de 30
 13916 DMP/21NRQ P.P.V : 127,70 DH
 6 118001 020539

SYNTHEMEDIC
 22 rue zoubier bneu al aquam roches
 noires casablanca
 ATACAND

8 mg Cpr séc
 Bte de 30
 13916 DMP/21NRQ P.P.V : 127,70 DH
 6 118001 020539

SYNTHEMEDIC
 22 rue zoubier bneu al aquam roches
 noires casablanca
 ATACAND

8 mg Cpr séc
 Bte de 30
 13916 DMP/21NRQ P.P.V : 127,70 DH
 6 118001 020539

Casablanca, le 20 Février 2020

Mr Mohamed NASSI

Mle 449



127,70

1 - ATACAND 8 mg:
 1 CP PAR JOUR SANS ARRET

X 1

157,80 X 2
 2- LD NOR 10 mg:
 1 PAR JOUR LE SOIR SANS ARRET

57,80 + 2

Ré 3mois

9421 8

Dr. EL MAKHLOUF Ali
 Professeur Agrégé Cardiologie
 5, Rue Med. Abdouh - Casa
 Tél: 05.22.29.81.55/59 - 05.22.47.26.89



Dr. EL MAKHLOUF Ali
 Professeur Agrégé Cardiologie
 5, Rue Med. Abdouh - Casa
 Tél: 05.22.29.81.55/59 - 05.22.47.26.89

LOT : 191264
 UT AV : 07/2022
 PPV: 57,80DH

LOT : 191262
 UT AV : 07/2022
 PPV: 57,80DH

Lot n°:
 EXP:
 PPV: 157 DH 80

Lot n°:
 EXP:
 PPV: 157 DH 80

**TRAITEMENT A NE PAS ARRETER JUSQU'A LA PROCHAINE VISITE
 EN CAS D'URGENCE APPELER LA CLINIQUE JERRADA OASIS AU :**

05 22 23 81 81 OU 05 22 23 84 52/53/54

OU ENVOYER UN MESSAGE ECRIT AU :06 61 13 14 83