

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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

ologie 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 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.

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 : 10090

Société : R.A.M

Actif Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : SIFAT SAID

Date de naissance : 04/12/1958

Adresse : LOT el Moudawine 9 SIDI MAAROUF casab

Tél. : 0661749481

Total des frais engagés : 300 + 257,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/11/2020

Nom et prénom du malade : SIFAT SAID Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *maladie de l'œil*

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 : _____ Le : _____ / _____ / _____

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

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
19/11/20	C2		3000	2021-2022 - Chirurgie Dentaire - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Hay El Saada Bazw Amal Esaada N° 62 - S.Maaed 0522.97.22.70/0522.97.25.63	19/11/20	251.50

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
		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 canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX

O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B	

PROTHESES DENTAIRES	[Création, remont, adjonction]	DATE DU DEVIS
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	

	DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Professeur MEZIANE EL MEHDI

Docteur MEZIANE MUSTAPHA

Docteur MEZIANE ANAS

PPV : 86DH40
PER : 02/23
LOT : J593-1

Urologues



جراحة المسالك البولية والتناسلية

UROLOGUE

LOT : 03/2015
PER : 20/03/2023
RELAXOL 500MG/2MG
CP 820
P.P.V : 53DH10



6 118000 060833

CHIRURGIE PEDIATRIQUE

جراحة النساء

PPV 112DH00 EXP 01/2023
LOT 9H035 1

CENTRE DE LITHOTRIPSIE
EXTRACORPORELLE

مركز الفحص بالأشعة

CENTRE DE RADIOLOGIE

SCANNER

RADIOLOGIE STANDARD

ORDONNANCE

19/11/2020

Mr. SIFAT SAID

Casablanca, le :

86,40

DOLICOX 90 MG

53,10 1 cp / jour x 7 jours

RELAXOL

112,50 1 cp x 2 / jour x 10 jours

OXIFLOR 200 mg

1 cp x 2 / jour x 10 jours

851,50

Dr. MEZIANE ANAS
Chirurgien Urologue
CLINIQUE LA SOURCE
CASAB - Tél. 05 22 20 14 40

Centre Urologue Casab
Centre Urologue Casab
Centre Urologue Casab



clinique la source

CLINIQUE LA SOURCE

14, Rue Taki Edd ne (Ex Berne)
Quartier des Hopitaux - 20000 Casablanca
RDV de Consultation d'Urologie (1ère Etage)
Tél. : 05 22 20 14 42/43
Tél. : 05 22 20 14 40 /41
Fax : 05 22 20 13 99
www.clinique lasource.ma
E-mail : contact@clinique lasource.ma

REÇU N° 004961 BP []

Service Consultation

- Reçu de *Dr. H. B.* 80's
- La somme de *300,000 DT*
..... *Tous en*

VISA Caisse

Date :

19/11/2022