

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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 Alali Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alali 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° W19-443489

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 12907	Société :	<i>(Signature)</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<i>MOUSLIKI SAM</i>
Nom & Prénom :		Date de naissance : 08/01/1984	
Adresse : Quartier ALFAR, Avenue 2, FF32 Casablanca		Tél. : 06 66 123 119	
		Total des frais engagés : 629,6 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr. Abdellah BELGAS SPECIALISTE Enfant - Nourrisson - Nouveau-Né 11 Rue Ahmed Haïtia Astor - Casablanca Tél. : 05 22 86 32 82 - GSM : 06 01 42 45 82			
Date de consultation : - 6 - 1 - 2013			
Nom et prénom du malade : Jefsi MOUSLIK Age:			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Gr. S. Fr. Fr. Sécurité			
En cas d'accident précisez 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 : 20/01/2013		
Signature de l'adhérent(e) 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
6-1-23	S	1	400.00	INP : Dr. Abdellah BELGA Pédiatre 11, Rue Abou Hassan Alkeri - Casablanca Tél : 05 22 86 32 62 - GSM : 06 61 24 588 INPE : 091018515 - ICF : 001634477000047

HARMACIE POLYCLINIQUE DR. TIRI M. BELGAZI 58, Route de Hay Hassani - Casablanca 1012902167 - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/01/23	22960

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	*
DATE DE L'EXECUTION	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdellah BELGAS

Pédiatre

*Spécialiste des maladies de l'Enfant,
Nourrisson et Nouveau-Né*



الدكتور عبد الله بالكس

طیب الأطفال

إختصاصي في أمراض الطفل و الرضيع

الدار البيضاء، في ٢٣-١-٦ Casablanca, le

Bébé

1. Soins locaux :

76.20

YEUX : Azyter collyre

1 goutte 2 fois par jour pendant 3 jours

OMBILIC : IBISEPT Spray 125 ml :

1 pulvérisation 2 fois par jour

2/ Compresses stériles

124.00

3/ KONAKION 2mg/0,2 ml:

1 ampoule par semaine pendant 04 semaines

4/ Bain quotidien après chute du cordon ombilical

5/ Huile d'amande pour hydrater la peau du b

6) Magnifico (en complément)

7/ Prévoir le vaccin BCG le :

إقامة كنزي - 11، زنقة أبو حسن العسكري - الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 86 32 62
Résidence Kenzi - 11, Rue Abou Hassan Askari - 1^{er} étage - Casablanca - Tél : 05 22 86 32 62
الخمول : G.S.M : 06 61 42 45 88 - البريد الإلكتروني : drbelgaspediatre@gmail.com