

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 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° W21-790830

159574

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 11675

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENKIRANE SELMA

Date de naissance :

05/07/1978

Adresse :

Tél. : 06-67-46-03-71

Total des frais engagés : 250 + 160,40

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Fatima Chemlal
Généraliste
Echographie Générale
Résidence Phénicia
119 Bd Bourgogne Tel: 0522 22 85 46

Date de consultation : 28/04/2023

Nom et prénom du malade : BENKIRANE SELMA Age : 45 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Fracture de la hanche

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 : 28/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDI n° : A-A-215/2019

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
28/06/2023	C	-	2500	INP : 0910160998 Signature du Médecin Généraliste et de l'Assistante sociale de la Résidence Pédiatrique

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ATLANTIC TAMARIS s Bab Salam 0001 A MO 2 <u>Dar Bouazza</u> , Nouaceur Casablanca Tél : +212 520 47 14 14	28.04.23	160,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

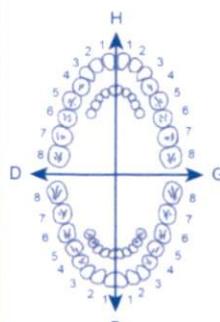
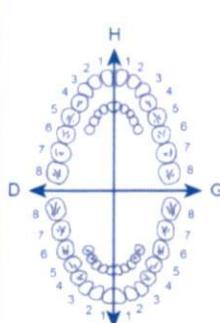
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>								
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
	$\begin{array}{r} \text{H} \\ \text{D} \quad \text{G} \\ \hline \text{B} \end{array}$ <table style="margin-left: 20px;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
25533412	21433552											
00000000	00000000											
<hr/>												
35533411	11433553											
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>								
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>								

Docteur Fatiha Chemlali

Médecine Générale

Echographie

الدكتورة فتيبة شملالي

الطب العام

الفحص بالصدى

Casablanca, le :

28/04/2023 الدار البيضاء في

Bentirane Selma



95,00

1.

Biotic sachet 1/1



Biot 5612

36,60

2.

Boltine 2/2

LOT : 4995
UT.AV: 12-25
PPV : 36DH60

28,80

3.

Vitafenyl 1/1



PPV

LOT

PER

28/80

160,40

0522.22.85.46 شارع بوربون - أقامة فنيسيا - الطابق الأول (امام مستوصف احمد) الدار البيضاء - الهاتف :

119, Bd. Bourgogne - Résidence Phénicia - 1er étage(en face de centre de santé OUHOUD)Casablanca - Tél : 0522.22.85.46

PHARMACIE ATLAS
Bab Salmi, 11
Dar Bourgogne
Casablanca
Tél: 0522.22.85.46
Docteur Fatiha
Général
Echographie Gén.
119, Bd Bourgogne - Résidence
Tél: 0522.22.85.46