

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° W19-582537

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 00683	Société : RAM, 177063		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AOUAD M. HAMED			
Date de naissance : 11-12-1943			
Adresse : 256 B ^e DE BORDEAUX ETG 5 APP 10 CASABLANCA.			
Tél. : 06 63 18 80 44	Total des frais engagés : Dhs		

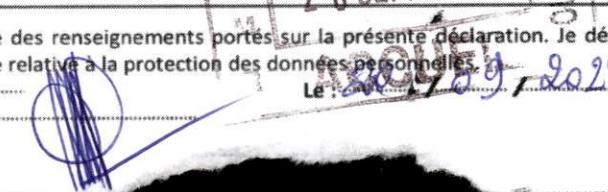
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr. Nouredine ELMGHABBAR MEDECIN DIRECTEUR 15, Rue Pasquier Bd. Abdelloumen Tél: 0522 99 43 79/00 - Fax: 0522 23 47 32 Casablanca - INPE: 091058529			
Date de consultation : 20/09/2023			
Nom et prénom du malade : AOUAD M. HAMED Age: 60 ans			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <i>Maladie</i>			
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 : 20/09/2023

Signature de l'adhérent(e) :







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
20/09/2023	2023-09-22	1	20000	Dr. MOUROUDINE ELMGHABBAR 18, Rue Pacha, 1401, Bd. Abd MEDECIN DIRECTEUR Tél: 032 90 13 81 00, C Signature

EXECUTION DES ORDONNANCES

HARMACIE M. YOUSSEF
Cachet du Pharmacien

Salma CHEHÉD D'QUAZZANE

Docteur en Pharmacie

~~DOCTEUR EN PHARMACIE
139, Boulevard MONTROUGE~~

139, Boulevard ~~de~~ ^{du} Trousseau
sablanca - Tél: 06 22 22 22 25

sablanca - Tel: 05 22 22 27 25

INPE: 092043355

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MÉDICAUX

RELEVÉ 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'ODDF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				Coefficient des travaux <input type="text"/>
				Montants des soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412 00000000 D 35533411	21433552 00000000 G 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Noureddine ELMGHABBAR

NEPHROLOGUE

Titulaire du C.E.S

Diplômé de l'Université de Lyon

Ex : Attaché au C.H.U de Lyon

Chef de service à la Polyclinique CNSS



الدكتور نور الدين المغبر

إختصاصي في أمراض الكلى

الكلية الإصطناعية

خريج جامعة ليون

سابقا، ملحق بالمستشفى الجامعي بليون

رئيس قسم أمراض الكلى بمصحة ص. و.ض.ج

Casablanca, le ٢٢/١٥/٢٠٢٣

AOUAD Hamed

120,00
- F.R.V.E.L 160
120,00

INPE: 092043355
PHARMACIE MY YOUSSEF
Salma CHERIF D'OUAZZANE
Docteur en pharmacie
139, Boulevard My Youssef
Casablanca - Tél: 05 22 22 27 25



Dr. Noureddine ELMGHABBAR
NEPHROLOGUE
15, Rue Pasquier Bd Abdelmoumen
Tél: 05 22 99 43 79/80 Casablanca

120,00

120,00

501214d



CENTRE D'HEMODIALYSE LE PLATEAU

1, Rue Pasquier, Bd Abdelmoumen, Casablanca • Patente : 34712911 • CNSS : 2593508 • I.F. : 42202641
E : 001634861000058 • Tél.: 0522 99 43 79/80 • Fax: 0522 23 47 32 • E-mail : c.leplateau@gmail.com