

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

- 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 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

14390

Déclaration de Maladie : N° P19-0016736

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7140 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : DAHAN PKIG Date de naissance : 30.12.60
Adresse : 111 N° 5 Rue Dad Al WAHDA Rez de ch. Béchar
Tél. : 0661642813 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : VOIR P. C. confidentiel

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

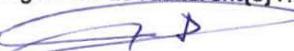
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 23.12.19

Signature de l'adhérent(e) :



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
15.11.19	1er facture	1650,-		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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 l'ORL.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة عين الصقر
CLINIQUE AIN CHOCK

Daher
AKIA.

Casablanca le : 25/10/19

PLI CONFIDENTIEL

CLINIQUE :

مصحة عين الصقر

TRAITEMENT :

فرانسيس زكريا
دكتور

DUREE :

Signature de Médecin

دكتور عبد الحكيم بو زياني
Dr. Abdelhak BOUZIANE
DÉPARTEMENT DE GASTRO ENTEROLOGIE
HÉPATO GASTRO ENTEROLOGUE
283 Bd Mohamed ZERKTOUNI
Casablanca Tél: 05 22 94 32 32/33
INP: 091209239



Casablanca, le 25/10/2019

FACTURE N° P602-2019

Nom et Prénom : DAHAN RKIA

DATE D'ENTREE : 25/10/2019

DATE DE SORTIE : 25/10/2019

INTITULE	JR	Qté	P.U	Montant
FORFAIT FIBROSCOPIE		1	1 650,00	1 650,00
Total Clinique				1 650,00
TOTAL				1650,00

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

MILLE SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS.

CLINIQUE AIN CHOCH
510, Avenue 2 Mars Haddaouia II
Tél 0522 21 21 88 / 0522 50 13 50
Fax 0522 21 64 68 - Casablanca

Casablanca, le 25 octobre 2019 الدار البيضاء في

IDENTITE: MME DAHAN RKIA

CLINIQUE :

- ✓ Epigastralgies.

EXAMEN :

- ✓ Introduction sous contrôle de la vue.
- ✓ Examen sous anesthésie.

ŒSOPHAGE :

- ✓ Normal sur toute sa hauteur.
- ✓ Cardia à 40cm des arcades dentaires.

ESTOMAC :

- ✓ Lac muqueux clair abondant.
- ✓ Aspect pavimenteux de la muqueuse gastrique (biopsies).

BULBE ET DUODENUM :

- ✓ Muqueuse bulbo-duodénale subnormale.

CONCLUSION :

- ✓ GASTRITE.

الدكتور عبد الحق بوزيان
Dr. Abdelhak BOUZIANE
HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE
283, Bd Mohamed ZERKTOUNI
Casablanca - Tel: 05 22 94 32 32/33
INP: 091209239