

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 canaux, 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 canaux.

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 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



N°D: 14519

CA

Déclaration de Maladie : N° P19- 0015537

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12069 Société : RAT
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MSADEK HAMID Date de naissance : 18/04/1977
Adresse : 7 rue 201 Hay 94 Abdellah, Ann chak
Tél. : 06 60401610 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/11/2019
Nom et prénom du malade : MSADEK Imed Age : 11 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Colonne 3.0 DEC. mm
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) :

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 29/11/19 | S | - | 120 DH | |

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  PHARMACIE GOURMI Bd. Tah Rue 2 N°2 Ain Chock Tél: 022 87.45.60 Casa | 29/11/19 | 41,00 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

[illegible]

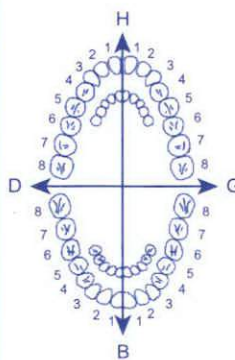
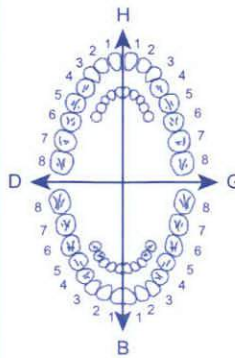
AUXILIAIRES MEDICAUX

[illegible]

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'OD

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | | Nature des Soins | Coefficient | |
|--|---|--|---------------------|-------------|-------------------------|
|  | | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | | |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | | |
| | | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | | |
| | | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | |
|  | <div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>DG</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div></div> | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | <div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div> | | | | 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

Cabinet Médical Dr Siham Hanana

Médecine Générale

(Femme, Homme et Enfants)

Diplôme d'Echographie Générale de la

Faculté de Médecine de Casablanca

Suivi de la grossesse

Electrocardiogramme



عيادة الدكتور سهام حنانة

الطب العام

(نساء، رجال وأطفال)

دبلوم الفحص بالصدى

كلية الطب بالدار البيضاء

متابعة الحمل

تخطيط القلب

Casablanca, le 29/11/19. في الدار البيضاء،

Isade K Zineb

44/40
110

1/ Sp

1/3

2/ Nifluri

1/2
(4j)

45/100

PHARMACIE GOMRI
En face de la 1ère An Chock
Tél: 022 21 26 27

المرجو إحترام وصفة طبيكم

باسمينة 1 شارع أمكالة رقم 58 فوق صيدلية الأسرة (قرب الإذاعة) عين الشق - الدار البيضاء

Yasmina 1, Bd Amgala N° 58 au dessus de la pharmacie OSRA (Près Studio Aïn Chock) - Casablanca

Tél: 0522 21 26 27 : الهاتف - ICE : 001804547000040

NIFLURIL

ENFANT

PPV 22DH00

EXP 05/2022
LOT 94083 1

PPV 23.00 DH
LOT N346 PER 03/22