

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.

Biologie 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.

Éducation :

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 à caractère personnel.

N° P19-

067974

ND: 31361

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5224 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL FAKIR OMAR

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 10 67 82 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : EL FAKIR 01/01/2012 Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° P19-067974

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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.

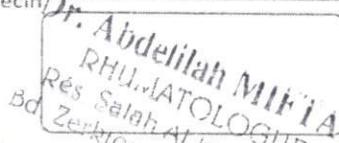
Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|--|---------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> Adhésion et changement de statut | adhésion@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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autre
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	5224	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Retraite
Nom & Prénom : Elotir onar Abdou			
Date de naissance : 23/10/53			
Adresse : Ordene Nde 8 B8 Rue beli beli			
Tél. :	0661067722	Total des frais engagés : 848,10	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 30/10/20			
Nom et prénom du malade : Elotir onar Abdou Age:			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Ensealfe + g de pluie			
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 : 30/10/2020			
Signature de l'adhérent(e) : 			

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant detaille des Honneurs	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
30/06/2020	5		50	INP 05/07/2020 Dr. Abdellah MIFTAH RHULATOL SIF Salah Al-Jarrah 339 Catahlan
			15 + 15 = 30	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p> VITA PARA & PHARMA PHARMACE VITA - SARL TEL: 05 22 98 63 63 FAX: 06 22 98 64 44 pharmacievita@yahoo.com 463, Bd Ibrahim Roudani Val Fleuri - Mearri - CASA </p>	30.06.2020	299,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

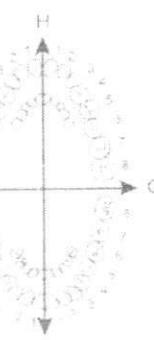
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Important :

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>													
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX													
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS													
				<input type="text"/> DEBUT DE EXECUTION													
				<input type="text"/> HN DE EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX													
		<table border="1" data-bbox="1545 877 1785 1023"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>25533411</td> <td>21433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	25533411	21433553	B		<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H																	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
25533411	21433553																
B																	
		[Creation, remont, adjonction] fonctionnel thérapeutique nécessaire à la prothèse		<input type="text"/> DATE DU DEVIS													
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION													

VISÉ ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVI

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Abdelilah MIFTAH

Rhumatologue

Spécialiste des Maladies des Os, Articulations
Muscles, Colonne Vertébrale et Pied

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Ancien Attaché des Hôpitaux de France

Ancien Spécialiste de l'Hôpital Militaire Avicenne

Diplôme d'université (PARIS) Méthodes Diagnostiques et
Thérapeutiques en Rhumatologie

Radiologie Osseuse - Ostéodensitométrie

Arthoscopie - Biopsie - Physiothérapie

Orthèses



الدكتور عبد الله مفتاح

اختصاصي في أمراض الروماتيزم

العظام، المفاصل، العضلات، العمود الفقري والرجل

خريج كلية الطب بباريس

طبيب ملحق سابقاً بمستشفيات فرنسا

اختصاصي سابقاً بالمستشفى العسكري ابن سينا

دبلوم جامعة باريس في تشخيص وعلاج أمراض الروماتيزم

الفحص بالأشعة، الكشف بالمنظار للمفاصل، الترويض الطيفي

Nom : EL OFIR

Prénom : MFTA

6/30/2021

22,00

22,00

Lot: 19J311
Per: 09.2021

PPV: 136DH50

A20012113/00

LOT 136110

PER 09/22

PPV 136DH50

59,30



LOT 136110

PER 09/22

PPV 136DH50

59,30



DOCTEUR ABDELILAH MIFTAH

RHUMATOLOGUE

Spécialiste des Maladies des Os, Articulations, Muscles, Colonne
Vertébrales & Pied

Diplôme de la faculté de Médecine de Paris

Ancien Attaché des Hôpitaux de France

Ancien spécialiste de l'Hôpital Militaire Avicenne

Radiologie osseuse-Osté odensitométrié-Biopsie-Physiothérapie
Orthèses

Patente n° 35600171 - ICE : 001735515000049

FACTURE N°

/20

DATE :

30/06/20

Dr. Abdelilah MIFTAH
RHUMATOLOGUE
Rés. Salah Al-Jarrah 359
Bd. Zerkouni - Casablanca

NOM :

El Oufi

PRENOM : Oum - ABDOU

CONSULTATION : Consultation spé
orthopédiologie

RADIOLOGIE :

ACTE :

TOTAL :

Arrêter la présente facture à la somme de Dhs :

1000

Dr. Abdelilah MIFTAH
RHUMATOLOGUE
Rés. Salah Al-Jarrah 359
Bd. Zerkouni - Casablanca