

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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

- 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

MUD 33682

Déclaration de Maladie : N° P19-0019730

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3245

Société : R.A.P RETAMTE

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENNANI KHALABDE

Date de naissance : 01.01.71

Adresse : 75 RUE AL FOURAT MAARIF CASA

Tél. : 06 89 23 70 70

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENNANI Majda
Médecin Santé Publique
CASA - ANFA

INPE091218618

Date de consultation : 26.06.2020

Nom et prénom du malade : BENNANI ABDELGHANI Age :

Lien de parenté :

Lui-même

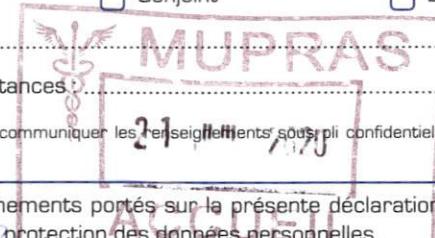
Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : HTA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

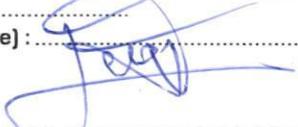
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.



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 : CASA

Le : 26/06/2020

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
25/6/2025	-C	C	CG	Dr. BENNANI Majda Médecin Santé Publique CASA - ANFA
DE				INPE 09/12/19618

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/06/2020	134,3001

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	—
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch with 28 numbered teeth arranged in four quadrants. The teeth are labeled with numbers 1 through 8, with 1 at the midline and 8 at the periphery. The arch is oriented with a vertical axis (H) at the top, a horizontal axis (D-G) through the midline, and a diagonal axis (B) pointing towards the bottom-left. The teeth are represented by circles with numbers, and some have additional markings like 'Y' or 'L'.

[Création, remont, adjonction]

<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>		<p>L'EXECUTION</p>
---	---	--------------------

ORDONNANCE

le 26/6/20

Mr/Mme Bennani Abdelghani.

① CoAprovel 150 mg
1 cp/j de valise pour 3 mois

134.30

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain sebat Casablanca
Co-Aprovel 150mg/12,5mg
b28
P.P.V : 134,30 DH
6 118001 081028



134.30 DH
PHARMACIE DES STADES 2010
50, Rue Al Fouarat - Casablanca
Tél : 05 22 25 49 25
RC : 245509. Pie. : 35873067
IF : 40436642

Cachet du médecin





valable 3 mois

Le 26/6/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Bennani KHIR Abdellah

Présente

Mme Hypertension Artérielle

Nécessitant un traitement d'une durée de :

longue durée

Dont ci-joint ordonnance :

COAMDUO

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

DR BENNANI Majda
Médecin Santé Publique
CASA - ANFA