

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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

Déclaration de Maladie

N° W19-532691
33823

A

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 19274	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre
Nom & Prénom : Aissaoui Amel Keltoum		
Date de naissance : 25/11/78		
Adresse : 478, rue des Frères, Casablanca		
Tél. : 0622222222 Total des frais engagés :		
<div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; display: inline-block;">  Cadre réservé au Médecin Cache du médecin 21 JUIL 2020 </div> <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; display: inline-block;"> Dr. ABDLAHOU Sénologue Obstétricien CLINIQUE RIVIERA 301, Bd. Chadi - Casablanca Tél: 05 22 98 55 02/06 </div>		
Nom et prénom du malade : Aissaoui Amel		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint		
Nature de la maladie : Frustrée de la vie		
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'at ^{te} du médecin conseil de la Mutuelle.		
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.		
Fait à : Casablanca Le : 21/07/20		
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
12/13/2020	C		300,-	INP : 0911P81731 Dr. M. NAZIR LARLOU Gynécologue Obstétricien SISTER RIVIERA Casablanca 1/06

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 radiologique.

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 D'EXECUTION														
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS														
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS														
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr. Mohammed Nabil LAHLOU
Gynécologue Obstétricien
Chirurgie Gynécologique et Mammaire
Chirurgie Endoscopique
Stérilité du Couple (FIV- ICSI)
Microchirurgie Gynécologique
Ancien Enseignant à la Faculté
de Médecine de Casablanca
Ancien interne de CHU
Titulaire du Diu des Maladies du Sein
de la Faculté de Strasbourg

الدكتور محمد نبيل لحلو
اختصاصي في أمراض النساء والتوليد
الجراحة النسوية وجراحة الثدي
الجراحة المنظرية
المساعدة على الإنجاب
أستاذ مساعد سابق بكلية الطب
حاصل على شهادة الإختصاص في
أمراض الثدي من كلية استراسبورغ

Casablanca, le 12.3.2020

90 Geesses Dem Keltan

14,00

1. Hexagonal du TC



79,00

1 aff x 2h

X 10 /

2. Bach ~~Sur~~ Cuir Jeune



99,00

1 aff x 2h

Dr. M. NABIL LAHLOU
Gynécologue Obstétricien
CLINIQUE RIVIERA
01, Bd. Ghandi - Casablanca
Tél: 05 22 9855 02/06

3. Dem 2



192,00

1 gl le 2h

PHARMACIE
DYAR AL ANDER
Résidence Dyar Al Andalous
Boulevar - Tel: 05 22 98 83 22

LOT 191337
EXP 04/2022
PPV 99.00DH