

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.

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

éclamation	: 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

CA

Déclaration de Maladie : N° S19-0002579

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 11698

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TIMINOUNI FATIMA Date de naissance : 17/05/69

Adresse : Cite ouf La 92 n° 45

Tél. : 06 14 63 53 17 Total des frais engagés : 509,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin



Date de consultation : 30/06/2020

Nom et prénom du malade : ACCUEIL m. imane Cohen, Affiliation: Hôpital gastro-enterologue, 05 22 24 93 07, 06 66 23 17 20 Age : 51

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Affection digestive

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 : 05/09/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
30/06/2008 CS			300dh	Dr. Image GASTROENTEROLOGUE Hépatogastro-entérologue Tél.: 05 22 24 93 07 GSM: 06 65 21 17 20

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/06/2020	209,80
	06/07/2020	
	20/07/2020	

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre					
		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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
CŒFFICIENT DES TRAVAUX															
MONTANTS DES SOINS															
DEBUT D'EXECUTION															
FIN D'EXECUTION															
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
	H	25533412	21433552												
	D	00000000	00000000												
	B	00000000	00000000												
	G	35533411	11433553												
	CŒFFICIENT 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'E

DOCTEUR

Imane Cohen

Hépato gastro-entérologue



الدكتورة

إيمان الكوohen

أخصائية في أمراض الكبد و الجهاز الهضمي

Casablanca, le :

30/06/2020

N^ome Timineuni Fatima

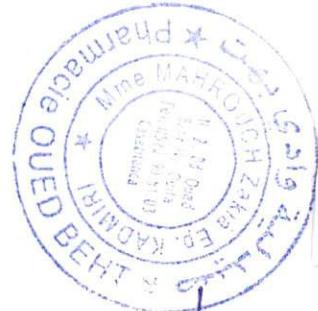
99,00

INFE 200 ml

LOT : M0328
PER : 07/2021
PPV: 99,00 DH

30,00

Agel. le soir des couches



LOT : 1388
UT.AV : 05-23
P.P.V : 30DH50

45,90 Repas

3) Trimebut socket



LOT : 2859
UT.AV : 05 - 24
P.P.V : 45 DH 90

658 Boulevard Mohammed V angle place sidi Mohamed Résidence
Zin Al Mahaba (III) 1er étage appartement 103.
(En face de la gare Casa-Voyageurs) casablanca



05 22 24 93 07



06 65211720



cabinet.cohen.ge@gmail.com

4) As hilier

S.V.

34,40 Icp x 3 i apres repas
Sidi Dr

209,80

Dr. Imane CO
Hepato gastro-enterologue
Tel: 06 92 24 93 01
GSM: 06 60 21 17 20

34,40

