

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

ditions 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.

rmacie :

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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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 caractére personnel.

MUPRAS : Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Nº P19- 0047793

Optique *UO470* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *12702*

Société : *RAN*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *Hajan MSELLEK*

Date de naissance : *25/05/2020*

Adresse :

Tél. : *0662781084*

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *01/10/2020*

Nom et prénom du malade : *MS ELLEK WAFAK* Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *GROSSESSG Pathologique*

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 : *Casab*

Le : *01/10/2020*

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
01-07-2020	Ca	300,00		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Victoire SAMALI Praticien : Dr. SAMALI N° de CIN : 110C M3 Victoria city Date : 01/07/2022 07:01	01/07/20	95.40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

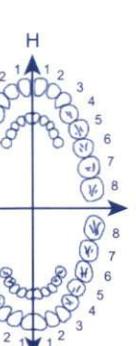
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 des

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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Diplôme en procréation
médicale assistée (PMA)
PARIS

Dr. Majid BENJELLOUN
Gynécologue Obstétricien

Diplôme en chirurgie
coelioscopique
de l'Université Victor
Segalen - Bordeaux

Ex Médecin
Chef de la maternité
de l'Hôpital Hassan II

Ancien
Attaché à la maternité
Universitaire
Souissi - Rabat

Accouchement
Chirurgie gynéco-
et mammaire
Infertilité du couple
Cancérologie
Maladie du sein
Ménopause

Infection sexuelle
Transmissible (IST)
Echographie
Colposcopie
Coelioscopie
Hystéroskopie

Nom et Prénom :

Casablanca, le : 01.07.2010

MSCELLEK HAFAR

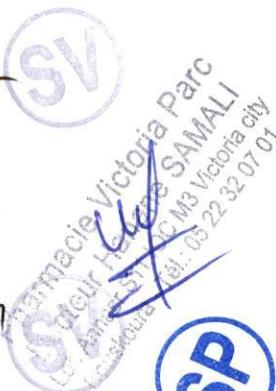
PPV: 50,00 DH

Folifex
1 cp / gr.

PPV: 48 DH 40

Gaviscon
1 cu / gr.

ANNUAL CAPITAL CENTER, 213 entrée C et 416 entrée A, Angle Bd Abdelloumen et Bd. Anoual 5^{me} étage N°24 au dessus de CARREFOUR - CASABLANCA
رقم 416، مدخل C و 213، زاوية شارع عبد المؤمن وشارع أنوال الطابق الخامس رقم 24 فوq كارفور - الدار البيضاء
Tél.: +212 5 22 86 30 87 / 08 08 31 14 09 / +212 661 66 30 33 / Email : cabinet.benjelloun@gmail.com / benjelloun.majid@yahoo.fr



Nom et signature du prescripteur

