

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

diologie 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 canalaire, 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 canalaire.

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.

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



N° 17040
Déclaration de Maladie

Nº P19- 0045281 ✓
DNSN

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 100916 Société : RAM *MUPRAS RECEPTIONS*

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : KUVRIEL KOURT KHADIDJA

Date de naissance :

Adresse : DEROUA OUHD 21 N° 151

Tél : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/01/2020

Nom et prénom du malade : Kourt KHADIDJA Age : 63

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète - hypertension artérielle

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Atteinte

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.

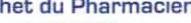
Fait à : DEROUA Le : 14/01/2020

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
10/01/2010	Crème	1	200,00	 Dr. KHALIFA MUHAMMED EN DISANT LA VRAIE VERITE DIPLOME DE L'UNIVERSITE DE DAKAR 11 rue Abdoulaye

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	<u>10</u> <u>01</u> <u>2020</u>	<u>945,20</u>

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 de l

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper right (1-12), upper left (13-24), lower left (25-36), and lower right (37-48). Each tooth is accompanied by a symbol representing its function: a circle for primary teeth, a triangle for upper molars, a square for upper bicuspids, a diamond for upper incisors, a circle with a cross for lower molars, a triangle for lower bicuspids, a square for lower incisors, and a diamond for lower canines.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur KHLAFA Mohamed

Diplôme d'Endocrinologie
 Diabétologie - Maladies Nutritionnelles
 Diplômé de l'Université
 René Descartes
 Paris

الدكتور خلافة محمد

اختصاصي في أمراض الغدد
 أمراض السكري
 أمراض التغذية
 خريج جامعة روني ديكارت
 باريس

Mohammedia, le

10.01.15 ~~٢٠١٥~~
 المحمدية، في

Kourt
 10/01/15

45,20 x 6

- Glucoph 85 -
 1 - 50 - 1

97.60 x 6

- Nocal 20 -
 1 - 50 - 1

Tribale (06) 51x

44.20 x 2 - Difal 50 mg 9

945,20



13، زنقة بغداد الطابق الأول - الهاتف : ٠٥٣٣٣٢٠٤٤٤ *



Docteur KHLAFA MOHAMED
 Médecin Spécialiste
 En Diabétologie - En Endocrinologie
 En Maladies Nutritionnelles
 Diplômé de l'Université René Descartes Paris
 13 rue Bagdad 1er étage Tél: 0523 32 04 44

LOT 190636
EXP 03/2024
PPV 45.20DH

45,20

LOT 190636
EXP 03/2024
PPV 45.20DH

45,20

45,20

97,60

97,60

97,60

97,60

97,60

97,60

45,20

valable 3 mois

10.01.2020
Le / /20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné : *n ICUREFE Mohamed*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *KOURTI Khadija*

Présente *Diabète - hypertension - artériosclérose*

Nécessitant un traitement d'une durée de :

un ou deux mois

Dont ci-joint ordonnance :

(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

10.01.2020

