

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 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

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard de leurs données personnelles.



Déclaration de Maladie

N° W19-479475

NDc 17440 = 360/00 : 17446

360/00 : 17446

17446

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

913

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Mme Nadjeh el idrissi

1949

Date de naissance :

Adresse :

St jenet Blide Hay Hasseni/les

Tél. :

0661 334 717

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Enfant

Nature de la maladie :

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.

Age :

07 JAN. 2020

ACCUEIL

Le : 5/1/20

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 :

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 attestant le Praticien
				INP : 1111

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie SOLE 75 204 250 7 2 rue du Faubourg Saint-Denis 75010 PARIS Tél. : 01 47 70 06 70	20/12/19	323,83€

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT 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'EXECUTION	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	L	143353
D	00000000	G	00000000
D	20000000	G	00000000
	05533411		11433533
B			B

[Création, remont, adjonction]
Envoi d'un message de remontée à la prothèse.

valable 3 mois

Le 20/12/2019

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Najat IDRISI fatoum*

Présente *maladie de l'insomnie*

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Retard de sommeil 30mg.

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

Dr SAADALLAH Khalid

الدكتور سعد الله خالد

جراحة الكلى

والمسلك البولية والتناسلية

عضو الجمعية الاوربية والفرنسية لجراحة الكلى

فحص و جراحة الكلى و المسلك البولية بالمنظار

عند الكبار والأطفال

تفتيت حصى الكلى و المسلك البولية

بأشعة العيوب ليزر

جراحة البروستات بأشعة غرين لait

علاج العقم و العجز الجنسي عند الرجال

علاج الأمراض التناسلية

علاج التبول الإلارادي عند الأطفال

جراحة الفتق عند الكبار والأطفال

Chirurgien Urologue

Coeliochirurgie urologique

Chirurgie urologique adulte et enfant

Cancerologie urologique

Chirurgie de l'incontinence urinaire

Traitemet de la prostate par laser green light

Traitemet des calculs urinaires au laser holmium

Enuresie chez l'enfant

Circoncision

Sterilité masculine - AMP

Impuissance sexuelle

Chirurgie des hernies chez l'adulte et l'enfant

Casablanca, le :

20.12.2019

Najja h. EL IDRISI fatouma

1/ Befmiga. 50 mg.

1cp de soir pd 06 mois

2/ Recto pamboline supp.

1cp. 1/2 pd 06 mois

3/ Apfamad. 50 mg

1cp 1/2 pd 06 mois

4/ Baume. 5g/ant

de 1/2 pd 06 mois

Dr SAADALLAH Khalid
Chirurgien Urologue
452 Angle Bd. Abdelmoumen et Bd. Anoual - Casablanca
Tél.: 05 22 86 33 99 - 05 22 86 59 91 - Urgence : 06 62 33 64 36 - 06 61 80 87 64

Lot: 16D05/35
EXP: 03 2019



Lot:
EXP:

17C04/28
02 2020



PC: 03400927318313
Lot: 19B1628
EXP: 01 2022
SN: 300541071304



Lot: 18C19/27
EXP: 02 2021





Ordonnance

Service :

Date :

Médecin prescripteur :

Nom et prénom du patient :

Am
? NAJIAH
6 C INDISSÉ
LALLA FATOUA

Bétamiféropéton 886 mois

Siège de l'établissement
10 rue du Général Leclerc
B.P. 104
93370 Montfermeil
tél. 01 41 70 80 00

Site Les Ormes
13 place Jean Mermoz
93370 Montfermeil
tél. 01 45 09 70 00

N° Finess EJ 93 002 148 0
N° Finess ETAB
Montfermeil 93 000 028 6

CE DOCUMENT EST UN
PRODUIT D'UN LABORATOIRE
DU GROUPE HOSPITALIER
INTERCOMMUNAL
LE RAINCY-MONTFERMEIL

