

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

- 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 du traitement des données à caractère personnel.

N° W19-495188

ND 17502

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 981	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : LAABIBATE MOHAMED -			
Date de naissance : 01. 01. 1945			
Adresse : AIN SEBAK DOR LAMANG 3/02 251 N° 05 2ème ETAGE CASABLANCA			
Tél. : 0522 61 12 63 Total des frais engagés : 590,90 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 MUPRAS 22 JAN. 2020			
Date de consultation : 07/01/2020			
Nom et prénom du malade : MAMANNE LAABIBATE			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Hypertension et Angiopathie			
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 : Le : 07/01/2020

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
07/01/2022	Acte	150/16	INP : 48197892 Dr. Fatima ZIA NI KHAN M.D. GENERAL MEDICAL & GENERAL PRACTITIONER 14, 6, 237, Apt. 1, 1st Landing, H.E. PH. 022-6444-87-1004 MOB: 022-6444-87-1004	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	7/01/20	468,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

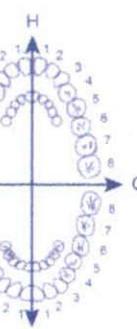
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte effectué en indiquant la nature des soins

Important:

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
				<input type="text"/>															
				<input type="text"/>															
				<input type="text"/>															
				<input type="text"/>															
				<input type="text"/>															
				<input type="text"/>															
				<input type="text"/>															
				<input type="text"/>															
				<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				<input type="text"/>															
Q.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/>															
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H	D	G	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411		11433553	B			<input type="text"/>
	H	D	G																
	25533412	21433552	00000000																
	00000000	00000000	00000000																
	35533411		11433553																
	B																		
	(Création, remont, adjonction)			<input type="text"/>															
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<input type="text"/>															
				<input type="text"/>															
				<input type="text"/>															
			<input type="text"/>																
			<input type="text"/>																
			<input type="text"/>																
			<input type="text"/>																
			<input type="text"/>																
COEFFICIENT DES TRAVAUX				<input type="text"/>															
MONTANTS DES SOINS				<input type="text"/>															
DATE DU DEVIS				<input type="text"/>															
DATE DE L'EXECUTION				<input type="text"/>															

Dr. NIBANI KHAYAT Fatima

OMNIPRATICIENNE

Lauréate de la Faculté de Médecine de Casablanca

Diplômée en Echographie Générale et Obstétricale de la Faculté René Descartes Paris

Suivi de Grossesse - ECG

Diplômée en Diabétologie de La Faculté de Médecine Montpellier
DU de Nutrition et Diététique médicale
Faculté de FES

الدكتورة نباني خياط فاطمة

الطب العام

خريجة كلية الطب الدار البيضاء

حائزة على دبلوم الفحص بالصدى

بجامعة رونى ديكارت بباريس

مراقبة الحمل - تخطيط القلب

حائزة على دبلوم أمراض السكري

بكلية الطب مونبليي

دبلوم الحمية الطبية والتغذية

كلية الطب بفاس

Casablanca le: 07/01/2020

Mme ZAHRA MANANE

13.40x3 de 100 mg 30 mg
100 mg 100 mg 100 mg
6.80x2 - de 100 mg 40 mg
100 mg 100 mg 100 mg

11 a ds 1 jin / 9
11 a ds 1 jin / 9

46.00x3 Sticks
100 mg 100 mg 100 mg
100 mg 100 mg 100 mg

LOT: 0261
PER: 11 2022
PPV: 46.00DH

LOT: 0247
PER: 07 2022
PPV: 46.00DH

LOT: 0247
PER: 07 2022
PPV: 46.00DH

ان
Ca

→

مجموعة 2
22.60.66.97

