

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.

adiologie 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.

ptique :

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

ééducation :

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.

entaire :

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.

aladie 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 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

NO
17852

Déclaration de Maladie

Nº P19- 0039707

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3126 Société : R. A. M.

Actif

Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Noureddine Mohammed

Date de naissance : 1942

Adresse : Inara I, rue 1, n° 1 CASA

Tél. : 0660993789 Total des frais engagés : 579 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/1/2020

Nom et prénom du malade : Noureddine Mohammed

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

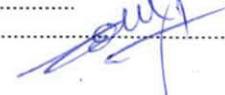
Nature de la maladie : Affectus muskay

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 : 13/1/2020

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
18/1/2020	2	25,00		D. M

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 CIE & PARA ACIMA INAR HAMDAZZIZZI PHARMACEUTIQUE 17 MARS 2012 37 JESSE - CHOC'N'N'S	13/11/20	329.10

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

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'odontologie.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			Coefficient des travaux
			Montants des soins
			Début d'exécution
			Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram of a dental arch (maxilla) showing the upper teeth. The teeth are numbered 1 through 8 on both the upper left and upper right sides. The arch is oriented with an anterior direction (A) pointing upwards, a mesial direction (M) pointing to the left, and a distal direction (D) pointing to the right. The diagram also includes a vertical axis (H) pointing upwards and a vertical axis (B) pointing downwards.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdelhak HILMI

SPECIALISTE

Chirurgien - Urologue

Chirurgie des Reins, des Voies Urinaires
et Organes Génitaux

Exploitation et Chirurgie Endoscopiques
Lithotripsie Extra Corporelle

Sterilité Masculine et Impuissance

Maladies Sexuellement Transmissibles

Ancien Chirurgien Urologue des Hôpitaux
(Beni - Mellel - Med Bouafi)



الدكتور عبد الحق حلمي

اختصاصي في جراحة الكلى
والمسالك البولية والتناسلية

فحص وجراحة المسالك البولية عبر المنظار
تفتيت حصى الكلى و المسالك البولية بالأشعة

العمق والعجز الجنسي عند الرجال والأمراض التناسلية

جراح اختصاصي سابق بالمستشفيات

(بني ملال - محمد يوافي)

Casablanca, le 13 - 1 - 2024
الدار البيضاء، في

M^r NOLIJ T Hamed

109,70 x 3
- Conta 100
- 329,10



113 - mrs

TM

DR HADJIE & PAUL ACIMA HADJIE

HAMID HAZZAZ

DR HAMID HAZZAZ

DR HADJIE & PAUL ACIMA HADJIE

24، إقامة الضمان العمارنة 5 الطابق السفلي رقم 1 شارع القدس عين الشق - الدار البيضاء

24 Addamane GH 5 rez de chaussé Appt. 1 Avenue El Qods Aïn Chock - Casablanca

Tél : 05 22 52 66 13 - الهاتف : 06 68 17 02 09 - مستعجلات : Urgences : 06 68 17 02 09