

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

- Reclamation : 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

Déclaration de Maladie : N° P19- 0008648

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) 18325			
Matricule : 821	Société : R. A.M		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : M'HAYRI-Mohamed		Date de naissance : 1948	
Adresse : Rue 8 APR 77 a Hadamraou oulfa CASA			
Tél. : 05 22 82 69 57		Total des frais engagés : 57 390 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : / /			
Nom et prénom du malade : KHAYRI-MUPRASINA Age: 1958			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Jan. 2020			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACEUEIL			
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 : **10.07.2020**

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : **12.10.2020**

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
07/09/2011	Cr	2	280	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie AL NOTAHIDA 26, Lc. Sidi Abderrahmane Casablanca Maroc	27-1-20	 3239 AL NOTAHIDA 3239 AL NOTAHIDA OBERON 358.05

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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'ODT.

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 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'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Jabrane BOUAYAD

Chirurgie Traumatologique et Orthopédique

Chirurgie de la main et du genou

Chirurgie des Rhumatismes

Traumatologie du sport

Maladies de la Colonne vertébrale

MR
J21

الدكتور بوعياد جبران

جراحة العظام والمفاصل

جراحة اليد والركبة

جراحة الروماتيزم

الطب الرياضي

العمود الفقري

Casablanca, le ٢٠١٥/١٢/٢٠

KITAYRI FATHNA

٤٧,٩°

Algixew ٢٢
٢٠٠٤ . ٢٠٠٧

AS

AS

٣٠,٠°

Kelkel.

٨١

AS

٢٠,٠° × ٢

محلية المترفة
MOTAHIDA
Bd. Oum Errabie
Casablanca
022 36 56 05

Dr. BOUAYAD Jabrane
Spécialiste en Chirurgie
Traumatologique et Orthopédique

محلية المترفة
MOTAHIDA
Bd. Oum Errabie
Casablanca
022 36 56 05

Pharmacie AL MOTAHIDA
41 Huit Mars Casablanca
022 36 56 05

اقامة العيادة
Bd. Oum Errabie Group Firdaous
Appt. N°3 GH 1 Imm 4 - 1er étage - Casablanca
Tél : 0522 90 64 83 - Gsm : 06 61 88 50 89 - E-mail : bouayad.jabrane@hotmail.fr

323,8°

LOT 181037
EXP 02/2021
PPV 30.00 DH

naproxène

47,90

LOT: 0266
PER: FEV 2022
PPV: 20 DH 00

LOT: KD0418C
PER: 04/2018
PPV: 51,50 DH

LOT: 0266
PER: FEV 2022
PPV: 20 DH 00

LOT: MG 08208
PER: 08/2020
PPV: 51,50 DH

LOT: MG 08208
PER: 08/2020
PPV: 51,50 DH

LOT: KD0418J
PER: 04/2018
PPV: 51,50 DH