

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

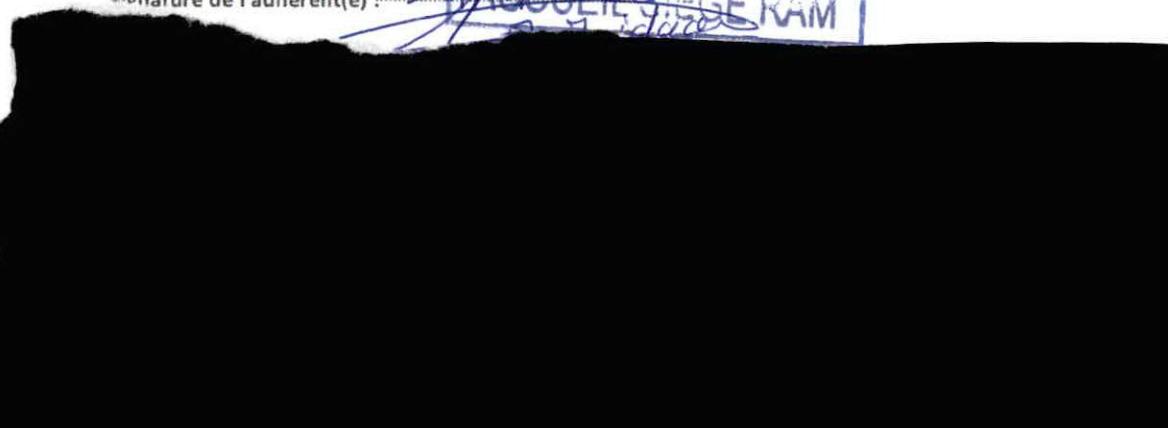
N° W19-526722

CA

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 12854			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre:	19 MARS 2020
Nom & Prénom : EL MAJD AÏT AOUA			
Date de naissance : 07/09/86			
Adresse : Rue 11 N°3 Missimi			
Tél. : 06 61 31 9405	Total des frais engagés : 518,50 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 27/01/2020			
Nom et prénom du malade : EL HAJJ AÏT AOUA Age: 34			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Accès de ggo sk88.			
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 : 28/01/2020
Signature de l'adhérent(e) : 28/01/2020
ACCUEIL SIEGERAM



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
27-01-2025	CE	1	450,00	INP 091225326

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Formuleur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE POLYCLINIQUE A 6681222 - B 6681222 - C 6681222 - D 6681222 - E 6681222 - F 6681222 - G 6681222 - H 6681222 - I 6681222 - J 6681222 - K 6681222 - L 6681222 - M 6681222 - N 6681222 - O 6681222 - P 6681222 - R 6681222 - S 6681222 - T 6681222 - U 6681222 - V 6681222 - W 6681222 - X 6681222 - Y 6681222 - Z 6681222	21/12/00	117,15

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.					
	Dents Traitées <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	Nature des Soins <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	Coefficient <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	INP : <input type="text"/>	
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>					
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>					
DEBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>					
FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>					
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES					
	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>			
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>					
DATE DU DEVIS <input type="text"/>					
DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION					

Dr Amina BENDAHMAN

Spécialiste en gynécologie-obstétrique

Suivi de grossesse - Accouchement

Stérilité du couple - Echographie - Diagnostic prénatal

Chirurgie gynécologique

Colposcopie - Hystéroskopie - Cœliochirurgie

Maladie et chirurgie du sein

Ancien médecin chef du centre de dépistage

du cancer du sein et du col - El Fida -



الدكتورة أمينة بندحان
اختصاصية في امراض النساء والتوليد
مراقبة الحمل - الولادة
العقم عند الزوجين - الفحص بالصدى
الجراحة النسائية والجراحة بالمنظار
تنظير عنق الرحم
أمراض و جراحة الثدي
طبيبة رئيسية سابقاً للمركز المرجعي لمكافحة سرطان الثدي
وعنق الرحم - القداء -

Casablanca Le :

27 - 01 - 2020

نوع الراجutan Aziga

99.00
- proctofen Sched

Log: 110186
Date de Fab: 05.2019
Date de Pér: 05.2021
PPC : 99 Dhs

1S 8 x 5g

M50

Dos for myc S

Maison d' en pharmacie

Dr. Abdellatif.

PHARMACIE POLYCLINIQUE
Dr TIR Abdellaziz
68, Rte M'h Thami - Hay Hassani
Tél: 022 90.21.67 - CASA

الدكتورة أمينة بندحان
Dr A. BENDAHMAN

Spécialiste en Gynécologie Obstétrique
50 ouv. Rabii Rés. Abouab Oum Rabii Etg 3 N° 0522 91 02 02

Bd Oum Rabii - Rés. Abouab Oum Rabii App. 9 - CASABLANCA

05 22 91 02 02 - 06 61 41 44 44 bendarhmangyn@gmail.com