

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.

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- 068094

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0420 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Chaïk Khachlay

Date de naissance : 14.11.1969

Adresse : G.K. Rue 161, N° 15 Ojja

Tél. 0625104722 Total des frais engagés 254,40 + 130 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. CHERIF BEN MOUSSA HASNAO
RHUMATOLOGUE
44, Rue des Hôpitaux, Qt. des Hôpitaux
Tél.: 0522 22 23 04

Date de consultation : 19/05/2020

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ 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.

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-068094

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).


Matricule : 0420

Nom de l'adhérent(e) : Chaïk Khachlay

Total des frais engagés 254,40 + 130

Date de dépôt : 28.05.20

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
19/05/2020		cs	300	Dr. CHERIF BEN MOUSSA H RHMATOLOGUE 218 des Hôpitaux, Qt. des 22 22 22

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/5/2020	254,40

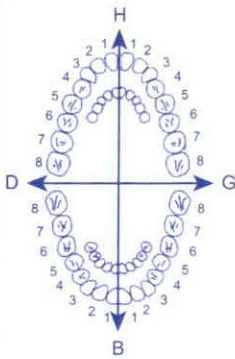
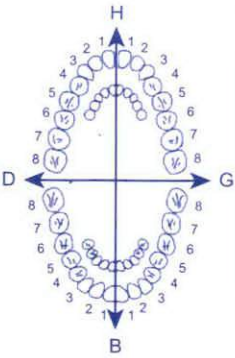
[illegible]

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
 N° 48.0522 Casablanca Tél. : 0522 25 30 31	19/10/10					129,00

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

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

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'O

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> 35533411 11433553 </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;"> B </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

le: 19/07/2020

Ordonnance

Nom / Prénom: CHARI KHADOUY

Age:

28,80 x 2

1 N. fashu pm



84,80 2 cp x 2' au rep.

2. Broxan cps 10



37,00 1 cp au rep.

3. Duoxd



39,80 1 cp x 2' x 10

4. Loxyl gélule au rep.

2 gél. cps 14042 x 10

578,10 INLE 50



1 cp, 6 ser, avec,

110,

T = 254,40

Dr. CHERIF BEN MOUSSA HASNAO

RHUMATOLOGUE

22, Rue des Hôpitaux, Qt. des Hôpitaux

Tél.: 0522 22 23 01

PHARMACIE DE LA MLAYA
Docteur ZEKRI Abdelati
222, Bd Oued Molouya - El Oulfa
Casablanca Tél: 05 22 90 41 11

PPV		PPV
LOT		LOT 28,80
PER		PER

28,80

LOT: 19005
PER: 12/23
PPV: 84,80

DUOXOL 500mg/2mg
Boîte de 20 comprimés
39,90

APV: 39DH80
PER: 03/23
LOT: J668

LOT: M0329
PER: 07/2021
PPV: 75,00 DH

le :

Ordonnance

Nom / Prénom :

Age :

Muscle n° 10

Ses appuie menton

KEYSTONE
N° 40
Généraliste
Tél : 07 22 23 01

13910

MOUSSA HASNAA

ATOLOGUE

Hôpitaux, Qt. des Hôpitaux

22 22 23 01


KENZIMED

S.A.R.L

Mme CHAIKH KHADDOUJ

FACTURE: N°207/A/2020

CASABLANCA: 19/05/2020

QTE	DESIGNATION	PU HT	TOTAL HT
1	COLLIER CERVICAL REF : 11-100 taill (S)	108,33	108,33
			
		TOTAL HT	108,33
		TVA 20%	21,67
		TOTAL TTC	130,00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

cent trente DIRHAMS

N° 46 , Résidence des Hôpitaux , Rue des Hôpitaux , Quartier des Hôpitaux ,Casablanca
R.C N° 255867 , PATENTE N° 36335081 , IF N° 40482562 ,ICE 000082460000021