

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° W19-580085

10350 64985

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

10350

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL HANI ABDELHAK

Date de naissance :

07.08.67

Adresse :

Tél. : 0666565562

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR Nasser BENNIS

Médecine Générale

Expert Assermenté près les Tribunaux

Tél C: 05 22 28 88 19 - D: 05 22 25 33 94

Date de consultation :

11/13/2011

Nom et prénom du malade :

EL HANI ABDELHAK

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

DEPRESSION NERVEUSE

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 la demande 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

DR Nasser BENNIS
Médecine Générale
Expert Assermenté près les Tribunaux
Tél C: 05 22 28 88 19 - D: 05 22 25 33 94
11/13/2011
EL HANI ABDELHAK
DEPRESSION NERVEUSE
MUPRAS

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-580085

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

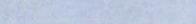
Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
13.03.21	C,		150,00	INP : 031026617 Dr. Nasser BENNIS Médecin Général à la Cour des Tribunaux

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/03/21	365,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

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'ODP.

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

Dr. NASSER BENNIS

Expert Assermenté près les Tribunaux

MEDECINE GENERALE

Echographie



الدكتور ناصر بنيس

خبير محلل لدى المحاكم

الطب العام

الفحص بالصدى

13. 03. 21

Casablanca, le الدار البيضاء، في :

123,70 ₣ 2 =

EL HANI Abdelhaf

3 Xerum dosing AS
141; mati apres repas x 2mois

39,80 Laxoxyl gtt

05 gtt // soir apres dîner

19,50 Aspirat
14 mati
14 Soir au repas

365,20

ESPO DOPPELHERZ 101
TAKIKA 101

Dr. Nasser BENNIS
Médecine
Expert Assermenté près les Tribunaux
Tél C. 05 22 28 88 16 - C. 05 22 25 33 94
Gsm: 06 63 08 00 33

826, Bd. Med VI (ex Route Mediouna) - Casablanca

GSM : 06 63 08 00 33 - Tél : C : 05 22 28 88 16 - D : 05 22 25 33 94 - E-mail : bennisnasser5@gmail.com

