

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° M20- 0000390

83345

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06415 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : GOURTY LHASANE
Date de naissance : 01/01/1964
Adresse : 1031, Rue des Olangers, Ain Sebaa
Tél : 0676681495 Total des frais engagés : #114,40# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
Date de consultation : 2/05/21
Nom et prénom du malade : Gourtty Hiba Age:
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Rhinite Allergique.
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 : Casa Le : 08/09/2021
Signature de l'adhérent(e) : 




Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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
2/09/21	CG			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/09/21	11440

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

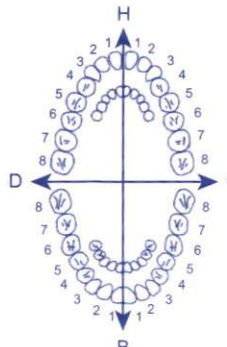
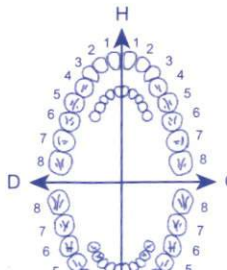
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

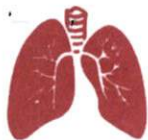
Important :

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

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 00000000 35533411 </div> <div> 00000000 11433553 </div> </div> B			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

Docteur Batoul BENKIRANE

Pneumologue - Allergologue - Phtisiologue
Adultes et Enfants



الدكتورة الباتول بنكيران

إختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي والحساسية
كبار وأطفال

Asthme - Allergies Respiratoires
Tuberculose - Sevrage tabagique
Ronflements et Apnées du Sommeil
Spirométrie - Echographie Thoracique
Bronchoscopie - Tests Cutanés

الضيق . الحساسية
السل . الإقلاع عن التدخين
الشخير وتوقف التنفس أثناء النوم
فحص الوظيفة التنفسية . الفحص بالصدى
الفحص بالمنظار . إختبار الحساسية

Casablanca, le 7/09/21

Mlle Hiba Gouty

PHARMACIE 2M
Docteur Khadija OUDGHIRI
123, Allée des Orangers Ain Sebaâ
Casablanca
Tél: 05 22 34 31 55

LOT: 210436
DLUO: 08/2024
49,00DH



49000
1/ Docivero 200mg
100's x 3/7 Pat 5

UT. AV:

PPV (DH):

42000
2/ Predni 40mg
30/7 de 10mg

42000

23,400
3/ Optipred 5mg
114,400 Goutte x 2/7
Pat 7 7

أوبتيبرد
Optipred®

Lot: 210436
Fab: 10 2
Exp: 10 22
ppv: 23 DH 40

196 شارع مرس السلطان، إقامة الختساء، الطابق 1، الشقة 13 - الدار البيضاء

196 Avenue Mers Sultan, Résidence Al Khansa, 1^{er} Etage, Appt.13 - Casablanca
Tél.: 05 22 26 52 08 / GSM : 06 61 08 84 46 - E-mail : dr.benkirane.batoul@gmail.com


Dr. BENKIRANE Batoul
Préliminaire - Allergologie - Rhinologie
196 Avenue Mens Sahlan
Casablanca - Tél. 05 22 26 52 08