

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

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

ntaire :

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.

ladie 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 |

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° M21- 0021585

88092

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

2451

Matricule : Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AHMED MUSTAPHA

Date de naissance :

1949

Adresse :

Résidence de FAÏE - Belvédère

Tél. : DL-60 87.09.30

Total des frais engagés : 321,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

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 : Rabat

Le : 12/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :



.....

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 12 OCT 2021 | C | | 100 m |  DR BILALOU SIDI BERNOUSSI ECHOGRAPHIE OMNIPRATICIEN 10 AV EL QODDAD 80 (H) Sidi Bernoussi 03 27 53 22 30 - 03 27 53 22 30 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
|  | 12/10/21 | 821,70 |

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 |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Docteur Hassan BELKOUK

Lauréat de la Faculté
de Médecine de Casablanca

Diplômé D'ecographie
Générale de la F. M. C

Diplôme d'Expertise Médicale de la F. M. C

MEDECINE GENERALE

Tél: 05 22 75 07 38

الدكتور حسن بلکوک

خريج كلية الطب بالمركز الجامعي
أين رشد بالبيضاء

دبلوم الفحص بالصدى كلية
الطب بالسخاء

دبلوم الخبرة الطبية
كلية الطب بالسلا

الطب العام

الهاتف .ع : 05 22 75 07 38

Casablanca ,le : 12 OCT. 2021 البيضاء في

البيضاء في

Attrio

mostre

| | | | |
|--------------------|---------------|-----------------------|----------------|
| 1882.00 | 23 | Flightline | 250 |
| 1882.00 | 24 | A.S. | 250 |
| 1882.00 | 25 | Dimension | 60 |
| 1882.00 | 26 | A.S. | 250 |
| 1882.00 | 27 | Dimension | 60 |
| 1882.00 | 28 | A.S. | 250 |
| 1882.00 | 29 | Dimension | 60 |
| 1882.00 | 30 | A.S. | 250 |
| <hr/> | | | |
| 825.70 | | | |

PHARMACIE CHORRANE
Dr. HASSOUNA LAILA
Quartier Al Qods Sidi Bernoussi
Casablanca

Dr. EL DOKOUK Hassan
ECHOGRAPHIE
OMNIPRATICIEN
144, Hay El Qods Bd.(H) Sidi Bernoussi
Tel : 05 22 75 07 38 - Casablanca

شارع نابلس الرقم 144- حي القدس - سيدى البرنوصي - الدار البيضاء

Boulevard NABOULS N°144, Hay EL QODS - Sidi Bernoussi - CASABLANCA

ID : 645432 GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 150,00 DH
6 118001 140336

45,20
LOT 201757
EXP 11/2025
~~PPV 45.20DH~~

ID : 645056 GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 150,00 DH
6 118001 140336

78,70

ID : 645432 GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 150,00 DH
6 118001 140336

45,20

78,70