

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 canalaire, 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 canalaire.

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° W21-700259

Medcart
carte

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 13045	Société : 125277	<input type="checkbox"/> Autres :
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : BOUZIANE SALMA		
Date de naissance : 16/07/87		
Adresse : 461, lot Laymouna, CASABLANCA		
Tél. : 0675927596	Total des frais engagés :	950,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Professeur Fawzi MIKOU
Gynécologue Obstétricien
187, Bd. Abdalmoumen - Casablanca
Tel: 0522 48 48 05
ICE: 002203087000026*

Date de consultation : **27 MAI 2019**

Nom et prénom du malade : **BOUZIANE SALMA** Age: _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **maladie de grossesse**

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**

Signature de l'adhérent(e) : **SB**

Le : **15/07/19**

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-700259

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

Matricule : _____

Nom de l'adhérent(e) : _____

Total des frais engagés : _____

Date de dépôt : _____

Coupon à conserver par 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
21/08/2019	CS'	250	Professeur H. Bazzi Gynécologue ad. Abdoimamen - Casablanca tél. 0524 48 48 05 fax 0388 100026	M. BAZZI

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
27/05/2029		

INPE: 09206
PHARMACIE
BALEZIAH
D'ALBRETON

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 B	G 21433552 00000000 G 11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession.			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur Fawzi MIKOU

Gynécologue - Obstétricien

Ex. Enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca
Diplômé de Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris
ACCOUCHEMENT - CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE
ET CANCÉROLOGIQUE - MALADIES DU SEIN
ENDOSCOPIE - STÉRILITÉ - MÉDECINE FOETALE

الدكتور فوزي ميكو

أستاذ بكلية الطب بالدار البيضاء سابقاً

طبيب ملحق سابق بمستشفيات باريس

اختصاصي في التوليد، جراحة أمراض النساء

وأمراض السرطان - أمراض الثدي والرحم - العقم

الجراحة بالمنظار الداخلي

Casablanca Le:

27 Mai 2022

Mme Bougjaou Salma

VO, 50
11

Radyse

S.P.

14x2

INPE:0920873573

21

spase

BAB AL HUDA
Boutique Nouvelles
Thérapies Naturelles

S.P.

depax 2

sidar

Professeur Fawzi MIKOU
Gynécologue Obstétricien
187, Bd. Abdelmoumen Casablanca
Tél : 0522 48 48 05
ICE : 002203081000026

شارع عبد المؤمن - أمام محطة ترامواي (كلية الطب) - الطابق الثالث - الدار البيضاء

الهاتف/الفاكس: 0522 48 48 05 - الهاتف المحمول: 0664 44 52 44

187 , Bd Abdelmoumen,en face station tramway (Faculté de Médecine) 3^{ème} étage - Casablanca

Tél/Fax: 0522 48 48 05- GSM: 0664 44 52 44 - E-mail: pr.fawzimikou@gmail.com