

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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 canaux, 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 canaux.

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

15398

Déclaration de Maladie : N° S19-0051251

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13132 Société : ROYAL AIR MAROC
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SEKKAT Zineb Date de naissance : 15/11/1990
Adresse : 610 Bd. Ned V. Res ACACIA Im. m G. Apt 635 Casa
Tél. : 06 61 35 19 45 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Nadia BOUGA

Gynécologue - Obstétricienne
152, Bd. Ba Hmad
05 22 40 97 40/44

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/02/2023

Nom et prénom du malade : SEKKAT Zineb Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : infection gynécologique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

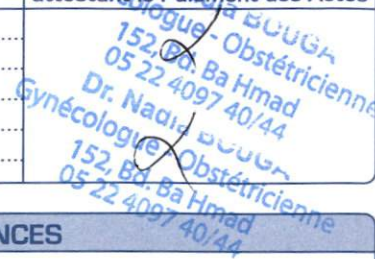
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casablanca Le : 09/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :

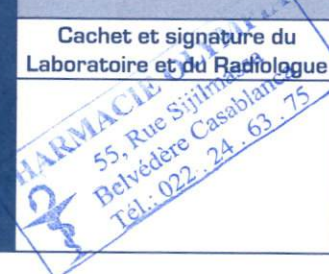
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
09/02/2023	E		250 DH	
09/02/2023	L6		300 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/02/2023	179.65

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

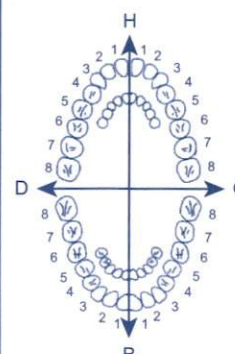
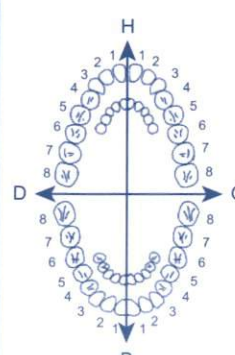
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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														
				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																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	G																
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
			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 LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Nadia Bouga

Gynécologue - Obstétricien

DIPLÔME D'ETAT DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE L'U.L.B. A BRUXELLES
ANCIEN ASSISTANT DES HÔPITAUX
DE BRUXELLES

الدكتورة نادية بوغا
إختصاصية في أمراض النساء والتوليد

خرجة كلية الطب بروكسيل
طبيبة سابقة بمستشفيات بروكسيل

09/02/2023

Casablanca, le : في: الدار البيضاء

W STEIKAT Zineb

71.00

1) YOFOLUIT



LOT: 19322002
PER: 06/2025
PPV: 71.00 DH

108.65

2) Preguacare



Dr. Nadia BOUGA
Gynécologue - Obstétricienne
152, Bd. Ba Hmad
05 22 40 97 40/44

152, Bd. Bahmad - Belvédère 4ème étage (à côté de clinique belvédère) الدار البيضاء (بجانب مصحة بلقدير) الرابع الطابق بلقدير

الهاتف: 05 22 40 97 40 / 05 22 40 97 44

DR NADIA BOUGA
152 BD BA-HMAD BELVEDERE
TEL /022409740 FAX /022409744

NOTE D'HONORAIRES

NOM

: SEKKAT

PRENOM

: Zineb

ACTE

: CONSULTATION & ECHOGRAPHIE PELVIENNE

DATE

: 09/02/2023

MONTANT

: 550DH

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE CINQ
CENTCINQUANTE DIRHAMS.

152BD BAHMAD ANGLE RUE SIJILMASSA 4^{EME} ETAGE BELVEDERE CASABLANCA

TEL 0522-40-97-40 FAX 0522-40-97-44 PATENTE N° 31222338 ICE 0018573240000000

DR NADIA BOUGA
152 BD BA-HMAD
TEL 02-40-97-40
FAX 02-40-97-44

