

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° W21-791219

AS5554

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : _____ Société : _____			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	_____
Nom & Prénom : Benhmid Abdellah			
Date de naissance : 31/01/1991			
Adresse : Personne Bloc 11. 2ème, Appartement 101, Casablanca			
Tél. : 06 13 64 37 17		Total des frais engagés : 562,10 Dhs	
Cadre réservé au Médecin DR HAJJAJI MOUNA			
Gynécologue Obstétricienne			
Nait 2, Majd 1-6, 6ème étage Deroua			
Tél 05 22 03 79 96			
INP 061230256			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 25/03/2023			
Nom et prénom du malade : Béchir Achour			
Age: _____			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Douleur pelvienne			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 31 MAR 2023			
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

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 25/03/2023



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
25/03/2023	Ca		30000	INP : ALL MOLIN DRA : Recog que obstétricienne Gyn : 1er étage Dernou Naît 2 : Maïd 1-6 Tél 05 22 05 79 96 Tél 05 22 05 79 96 06 1230256

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 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 <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	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"/>
	25533412	21433552						
	00000000	00000000						
	G <table border="1"> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			00000000	00000000	35533411	11433553	
	00000000	00000000						
	35533411	11433553						
	B							
	[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

Dr. HAJJAJI MOUNA

Spécialiste en Gynécologie Obstétrique
Diplômée de la Faculté de médecine de Casablanca
Ancienne médecin de l'hôpital Errazi de Berrechid



الدكتورة حاجي منى

اختصاصية أمراض النساء والتوليد
خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
طبيبة سابقة في مستشفى الرازي برشيد

ordonnance

Deroua le :

25/03/2023

Mme

Bejjar Aicha

98,80

10) Néo forte 3/1 60

1 cp x 3/1

44,80

2) Corbosyle

1 dox x 3/1

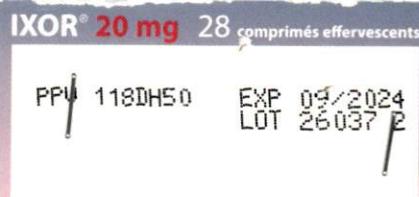
118,60

3) IXOR

1 cp / 3

1. 262,10

DR HAJJAJI
Gynécologue
Nait 2 Majd 1 - 6/7 1^{er} Etage Lot makhlof Deroua Tél : 05 22 03 79 96
Tél 05 22 03 79 96
INP 061231



Nait 2 Majd 1 - 6/7 1^{er} Etage Lot makhlof Deroua Tél : 05 22 03 79 96
نایت 2 مجد 1 - 6/7 الطابق الأول تجزنة مخلوف الدروة الهاتف : 05 22 03 79 96

Dr. HAJJAJI MOUNA

Spécialiste en Gynécologie Obstétrique
Diplômée de la Faculté de médecine de Casablanca
Ancienne médecin de l'hôpital Errazi de Berrechid



الدكتورة حاجي منى

اختصاصية أمراض النساء والتوليد
خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
طبيبة سابقة في مستشفى الرازي ببريشيد

ordonnance

Deroua le : 25/03/2023

Mme Beffja Aïcha

Echo pelvienne endov

- Utérus Médium de taille normale
- Contours réguliers - Myométrium homogène
- Ovule^t = Aspect d'ovule
- Ovule^h = 1 follicule.
- Endomètre léger → épaisse (2^e partie du cycle)

DR HAJJAJI MOUNA
Gynécologue Obstétricienne
Nait 2 Majd 1-6 1^{er} Etage Lot makhlouf Deroua
Tél : 05 22 03 79 96
INP : 06 123 07 46

Nait 2 Majd 1 - 6/7 1^{er} Etage Lot makhlouf Deroua Tél : 05 22 03 79 96
نait 2 مجد 1 - 6 الطابق الأول تجزنة مخلوف الدروة الهاتف : 05 22 03 79 96

