

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° W21-761246

Maladie Dentaire Optique Couvert Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricule : 10993 Société : Royal Air MAROC

Actif Pensionné(e) Autre : CHADY Hanane

Nom & Prénom : CHADY Hanane Date de naissance : 19/07/1976

Adresse : 19 lot Al Morad Hay Chifa

Tél. : 0661487114 Total des frais engagés : #384,30 # Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Docteur El Mehdi HISSANE
Génécologue obstétricien
Stérilité du Couple
Res Ghita 11 Rue Ibnou Bab ek 1er Etg.
Appt.1 Racine 20250 Casablanca
Tél: 05 22 95 04 39 / Fax: 05 22 39 60 45

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : CHADY Hanane Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection gynéologique

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 : 26/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 26/06/2023

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-761246

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
16 MAI 2013	22	1	309,00	INP : Docteur El Melki HSSINE Généologue obstétricien Stérilité du Couple Ghita 11 Rue Ibnou Bab el Fer Rabat 20250 Casablanca 06 22 39 60 45

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie Oued El Makhazine Mohamed Amine BENNANI 1, Lot Oued El Makhazane-nasr-al-hoch-casablanca Tel 06 22 52 70 17 E-mail: amine.bennani dr @orange.dz INP 09 20 66 7	16/05/23	841.50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VIOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور المهدى حسان

أمراض النساء والولادة

عم الزوجين

المساعدة الطبية للإنجاب

الجراحة النسوية

الفحص بالصدى

الجراحة والتشخيص بالمنظار

27,50

Chirurgie gynécologique
Echographie- Colposcopie
Cœlioscopie- Hystéroskopie

57,00

CABINET BIEN-NAÎTRE
GYNÉCOLOGIE · OBSTÉTRIQUE · STÉRILITÉ DU COUPLE

27,50

Casablanca, le 16/05/2023

Mme. CHADY HANANE Épouse SAAD ABDELAZIZ

1 **SPASFON 80 MG** - x1 Boite(s)

Prendre 1 Comprime le matin, 1 à midi, 1 le soir, pendant 3 Jours En cas de douleurs .



2 **DICYNONE** - x1 boite(s)

Prendre 1 comprime le matin, 1 à midi, 1 le soir, pendant 5 Jours En cas de règles abondantes.

57,00



84,50

Dr. El Mehdi HISSANE

Docteur El Mehdi HISSANE
Gynécologue obstétricien
Res Ghita 11 Rue Ibnou Babek 1er Etage
Anfa - Casablanca 20250
Tél: 05 22 39 04 45 / Fax: 05 22 39 60 45

Pharmacie Oued El Makhazine
Mohamed Amine BENNANI
1, Lot Oued El Makhazine, Hay Chok-Casablanca
Tél: 06 22 58 70 17 / Email: benhani_dr@gmail.com
INP: 092046754

INP 092046754