

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

Biologie 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.

éducation :

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.

taire :

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.

adie 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 actère 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° P19-0019399

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 50M Société : DAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DENOVAK My Smail Date de naissance : 28.07.1964

Adresse : H20f. 1st AL WAFS. DEROUA

Tél. : 26.6819.2623 Total des frais engagés : 300 + 105,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : DENOVAK My Smail Age : 55

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint

Enfant

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 : DENOVAK

Le : 25/06/2019

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 Pr. Abdellah KAMAL Attestant le paiement des Actes
25/06/13	(6)		300,00	Neurochirurgien Angle Bd. Zefkouni et Bd. Me Ben Abdellah - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. E. B. Samy Boulevard Zektouji - Casablanca Tél.: 05 22 70 71 10	25/06/19	105,00
		;
		;

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
		AM	PC	IM	IV	
		.				

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 canalaire, ainsi que le bilan de

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																					
				Coefficient des travaux																				
				Montants des soins																				
				Début d'exécution																				
				Fin d'exécution																				
	O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux																			
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; padding: 2px;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">G</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; padding: 2px;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; padding: 2px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000				G	00000000	00000000	B			35533411			11433553	Montants des soins
		H	25533412	21433552																				
		D	00000000	00000000																				
		G	00000000	00000000																				
B																								
35533411			11433553																					
[Création, remont, adjonction]				Date du devis																				
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Date de l'exécution																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdenbi EL KAMAR

Professeur en Neurochirurgie

Chirurgie du Cerveau

et de la Colonne Vertébrale

الدكتور عبد النبي القمر

أستاذ في جراحة

الدماغ والأعصاب

والعمود الفقري

Casablanca, le :

25.6.18

X-Rovat Imai /

35,10x3

Becidouze

10530

MX417

PHARMACIE DE L'ATLANTIC
Dr. ESSAOUI Sahn
512, Boulevard Zerkouni Casab
Tél.: 05 22 26 74 10

Pr. Abdenbi EL KAMAR
Neurochirurgien
Angle Bd. Zerkouni et Bd. M.
Ben Abdellah Casab

BECIDOUZE®

20 dragée

BECIDOUZE®

20 dragées

RECIDOUZE®

20 dragées

زاوية شارع الزرقطوني - محمد بن عبد الله الطابق الأول الشقة رقم 3 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 26 38 38
Angle Bd. Zerkouni - Med Ben Abdellah 1^{er} Etage Appt. N°3 - Casablanca - Tél.: 05 22 26 38 38
Gsm : 06 00 04 43 43