

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

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.

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

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

DOS n° 10797 .

C

Déclaration de Maladie : N° P19-0010000

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9055 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

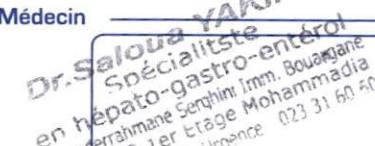
Nom & Prénom : MORABBI HAF Date de naissance : 24/09/1966

Adresse : Bd HH SIDI SAMA 30 Mohammadia

Tél. : 066717372 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/10/19

Nom et prénom du malade : KADAMI HAKIMA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Diabète

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.

02 DEC 2015

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 : casab

Signature de l'adhérent(e) : J. J. XY

Le : 29/11/2014

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-0010000

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 :

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
28/10/10 t/13	C,		300,00 DH	Dr. Saloua Spécialiste en hépato-gastro-entérologue en Abderahmane Sennar Imm. Souagane 31 1er Etage Mohammadia 023 31 60 60 t No 3 19 44 Urhence

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cacher du Pharmacien
DU FOURNISSEUR
RUE ABDERRAHMANE SERGHIN
TAH : 05 25 31 19 07

Date	Montant de la Facture
28/10/19	2468.90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

VOLET ADHERENT

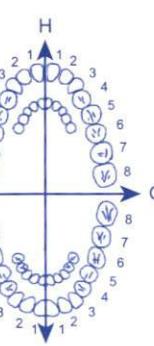
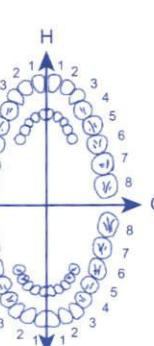
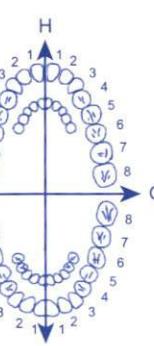
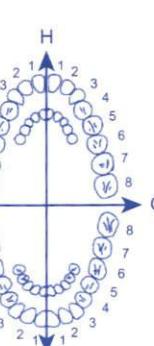
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 d'explorations.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	H D B G	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Saloua YAKINE

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif

Foie - Vésicule Biliaire - Pancréas - Intestins

Vidéo endoscopie Digestive:

Fibroscopie - Recto sigmoidoscopie - Colonoscopie

Echographie Abdominale : Diagnostique et Interventionnelle

Proctologie : Hémorroïdes - Fissures - Fistules et Abcès

الدكتورة سلوى يقين

اختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي
المعدة - الأمعاء - الكبد - البواسير
الفحص الداخلي بالمنظار بالفيديو
للمعدة والأمعاء
الفحص بالصدى ما فوق الصوتية

Mohammedia, le : 28/10/2019

Mme KARAMI Hakima

79.50

CARBOSORB TRANSIT

40.40

2 comprimés matin et 2 comprimés le soir après repas

MÉTÉOSPASMYL

21.00

2 comprimés, 2 fois par jour

LIBRAX

87.00

1 comprimé, matin et soir après repas, pendant 1 mois

RELAXIUM 300

1 gélule le soir après repas, pendant 1 mois

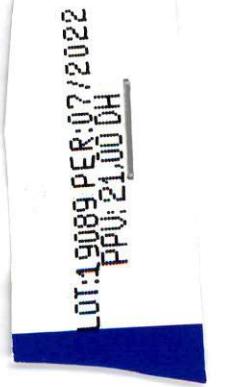
T = 248.90

PHCIE DE LA PISCINE
BENISSET SABER SELAM
RUE ABDELLAH BEN SERGHINI
Tél: 05 23 31 19 07

Dr. Saloua YAKINE
Spécialiste
Hépato-Gastro-entérologie
en hépato-gastro-entérologie
Bd Abderrahmane Serghini Imm. Bouargane
Appt N° 3 Tel Etage Mohammadia
Tél: 023 30 29 44 Urgence 023 31 60 60

METEOSPASMYL® 30 caps molles
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
P.P.V. : 40,40 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

6 118001 100293



LOT:190294 PER:07/2022

PPU:21,00DH