

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.

Déclaration de Maladie

Nº W19-422681

DOS n° 10979.



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 7342	Société : R.A.M.		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	CHOUKI HASSAN.
Nom & Prénom : CHOUKI HASSAN.			
Date de naissance : 27/02/1968			
Adresse : FAIRINOLLE			
Tél. : 0661 915343	Total des frais engagés : 362,50 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Dr. HEFFOURI H-M. <i>Gastro-Entérologue</i> <i>Résidence S410 ALLAL BEN ABDELLAH</i> <i>Rue Abdellah</i> <i>Abdelmoumen, Quartier des Hôpitaux</i> <i>CASABLANCA - Tél. : 05 22 20 45 45</i> 15 DEC. 2019			
Cachet du médecin : Date de consultation : 15.08.2019 Nom et prénom du malade : CHOUKI HASSAN Age : 51 ans Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : Diabète asig. 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 : 15.08.2019

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
15/08/2015	6.2	250,00€	INP : 9910409411	Dr. HEFFOUR D-H-M. Gastro-Endocrinologue Hôpital Sainte-Justine - Quartier des Hôpitaux Bd Armand-Toussaint, 31040 Toulouse

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. HEFFOUR D-H-M. Gastro-Endocrinologue Hôpital Sainte-Justine - Quartier des Hôpitaux Bd Armand-Toussaint, 31040 Toulouse	15/08/2015	112,50

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

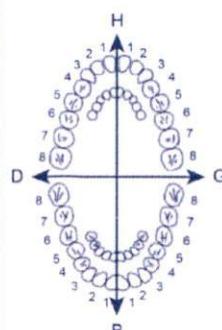
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

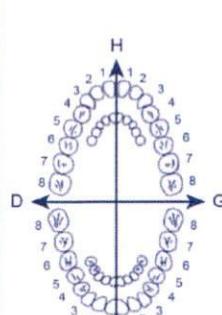
Important :

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	INP :



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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

Dr Mohamed HEFFOUDHI

SPECIALISTE

**DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF
(Estomac - Foie - Intestin - Hémorroïdes)
ENDOSCOPIE DIGESTIVE
ECHOGRAPHIE**

الدكتور محمد حفوصي

اختصاصی

في أمراض الجهاز الهضمي
الفحص بالمنظار الداخلي
الفحص بالصدى

Casablanca le. 15/08/2019

Mr Chouki Hassan

regime à base de riz cuit l'eau ,ou à la vapeur purée de carottes -bouillons avec vermicelles et blanc de poulet -potages de legumes ou soupe mixée-pain grillé -fromages blancs -brochettes de viandes ou poulet ou dinde-bananes mures et tisanes

Smecta + Ultralevure (bte de 10) melanger le contenu des 2 sachets dans 1/2 verre d'eau 1/4 avt les repas de midi et le soir

Zyrdol susp
1 cuil à soupe matin et soir apres les repas



إقامة سعد الله، 12 زنقة ريممير (شارع عبد المؤمن)، حي المستشفيات، الدار البيضاء
Résidence SAAD ALLAH, n° 12, rue Reaumur (Bd. Abdelmoumen), Q. des Hôpitaux - Casablanca
الهاتف : 0522.200.104 / 105 - الفاكس : 0522.200.106 - Fax : 0522.200.104