

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W19-437591

Dos 11112.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	8687	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : OUAHBI Abdellah f			
Date de naissance : 22/01/67			
Adresse : 343 Golf City Bouskoura			
Tél. : 0601412633 Total des frais engagés : 1264,80 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 09/09/19			
Nom et prénom du malade : M. Bachir Soumaïdabi Age: 51			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Affection Gynéco			
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.

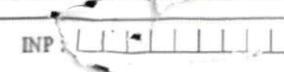
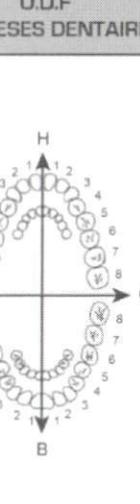
Fait à : CESAR ALLEGRA BESSE/RAM 09/10/2019 Le : 02 DEC. 2019

Nature de l'adhérent(e) :

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>AL 11/09/15</i>	<i>11/09/15</i>	<i>51,49€</i>

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.								
	SOINS DENTAIRES Dents Traitées Nature des Soins Coefficient	INP 						
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX						
		MONTANTS DES SOINS						
		DEBUT D'EXECUTION						
		FIN D'EXECUTION						
			O.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G B				
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX				
				MONTANTS DES SOINS				
				DATE DU DEVIS				
				DATE DE L'EXECUTION				
				(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				

نے
د
ل
ر
ل

Docteur Fatima Zohra Niane

الدكتورة فاطمة الزهراء نيان

Gynécologue - Obstétricien

Chirurgie Gynécologique, Mammaire et Coelioscopie.

Gynécologie Esthétique et Reconstructrice du Plancher Pelvien

Laser Gynécologique

09/09/2019

MME BACHIRI SOUMIA EPSE OUAHBI

• Duphaston - Comprimé

1 Comprimé, matin, soir, pendant , 10 jours

• Dienille 2 mg / 0.03 mg - comprimé pelliculé

1 Comprimé, soir, pendant 21 jours arrêt 7 jours puis reprise.

6 mois.

• Dostinex 0,5 mg - comprimé

1 Comprimé, 1 fois par semaine pendant 2 mois. puis 1/2 cp par semaine pendant 4 mois.

6 118000 010517
maphar
Km 10, route côtière 111, Quartier industriel
Zenata, An Sabaa Casablanca - Maroc
DUPHASTON 10MG CP PEL B20 PPV : 90DH60
Rachid Lamrini Pharmacien Responsable

112764

Distribué sous licence
-- LAPROPHAN S.A.--
21,rue des Oudaya
Casablanca - Maroc
PPV : 401DH00

Distribué sous licence
-- LAPROPHAN S.A.--
21,rue des Oudaya
Casablanca - Maroc
PPV : 401DH00

Dr. Niane Fatima Zohra
GYNÉCOLOGUE
35, Avenue - ACCOUCHEUR
Casablanca 2090 - Tel: 05 22 26 52 35

35, Avenue 2 Mars, Résidence Lalla Habiba - Casablanca. Tél : 05 22 26 52 35 / 05 22 48 64 21 - Fax : 05 22 29 39 73

Urgences : CLINIQUE LES CRETES - 528 Bd. Panoramique - Tél. : 05 22 21 20 40

E-mail : nianefatima@gmail.com