

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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

diologie 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.

tique :

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.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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 caractére 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

Nº P19- 0041368

Maladie

Dentaire

44631

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 00294

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Thami Bakhdid

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade :

Age:

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19-041368

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 :

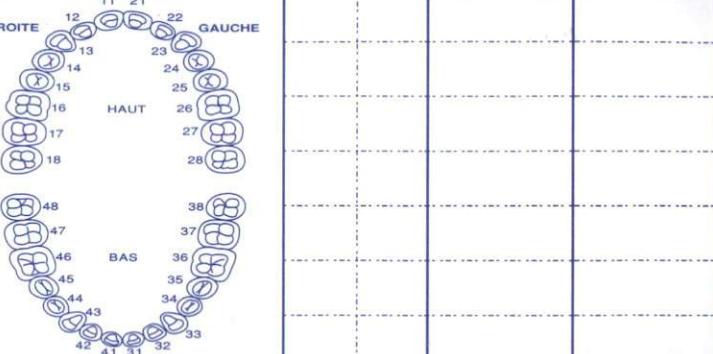
Date de dépôt :

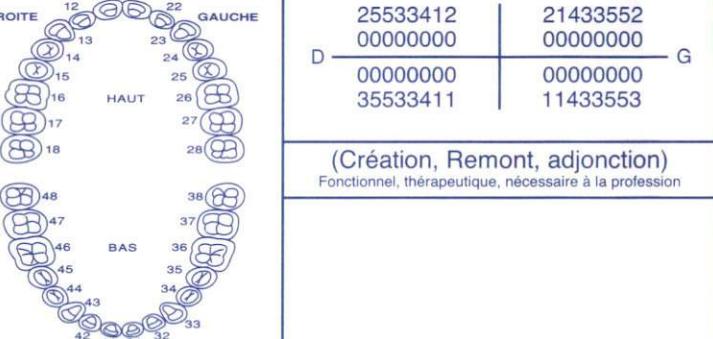
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient
				
DROITE	HAUT	GAUCHE		
11 21	22	23 24		
12	25	25		
13	26	26		
14	27	27		
15	28	28		
16				
17				
18				
48		38		
47		37		
46		36		
45		35		
44		34		
43		33		
42		32		
41 31		31		

O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire	
		H	G
DROITE	HAUT	GAUCHE	
11 21	22	23 24	
12	25	25	
13	26	26	
14	27	27	
15	28	28	
16			
17			
18			
48		38	
47		37	
46		36	
45		35	
44		34	
43		33	
42		32	
41 31		31	

Visa et cachet du praticien attestant le devis	Visa et cachet du praticien attestant l'execution
---	--

VOLET ADHERENT	NOM :	
DECLARATION N° P 17 / 0063209		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom	Mme <u>0063209</u>	Signature de l'adhérent
Fonction	<u>Retrait</u>	Phones
Mail		

MEDECIN	Prénom du patient	<u>BAIAMISS THAMI</u>
---------	-------------------	-----------------------

Adhérent Conjoint Enfant Age

Nature de la maladie HSA + Disbute

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>CC</u>		<u>150,00</u>
<u>EC</u>		<u>100,00</u>

PHARMACIE	Date <u>16/10/19</u>
Montant de la facture	<u>66,20</u>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	

AUXILIAIRES MEDICAUX				Date
Nombre AM PC IM IV				Montant détaillé des Honoraires

CACHET

Dr. Mehdi BENJELLOUN



الدكتور مهدي بنجلون إخلاصي في أمراض القلب و الشرابين

BASKETBALL
THAN
89,000



Casablanca, le :

14/10/15

89,00
1) Lens 25
57,80x2 1/14 ypli
2) Gopal No
13,00x3 1/4 ypli
3) Persase 5
21,80x2 1/2 ypli
4) Ayesha No
466,20



DR. Mihail BENELUAN 03-07-1954
Bulevardul Eroilor nr. 39/14
600 061 Bucuresti
tel: 05 22 91 07 62 - 05 04 72 39 14
NPB: 91170670

89,00

LOT N° :
EXP :
PPV :

89,00

LOT N° :
EXP :
PPV :

LOT : 191458
UT AV : 09/2022
PPV:57,80DH

LOT : 191458
UT AV : 09/2022
PPV:57,80DH

LOT N° :

PPV (DH) :

LOT N° :

PPV (DH) :

43,00

43,00

43,00

LOT : 19E003
PER : 03 2021

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V :21DH80



LOT : 19E003
PER : 03 2021

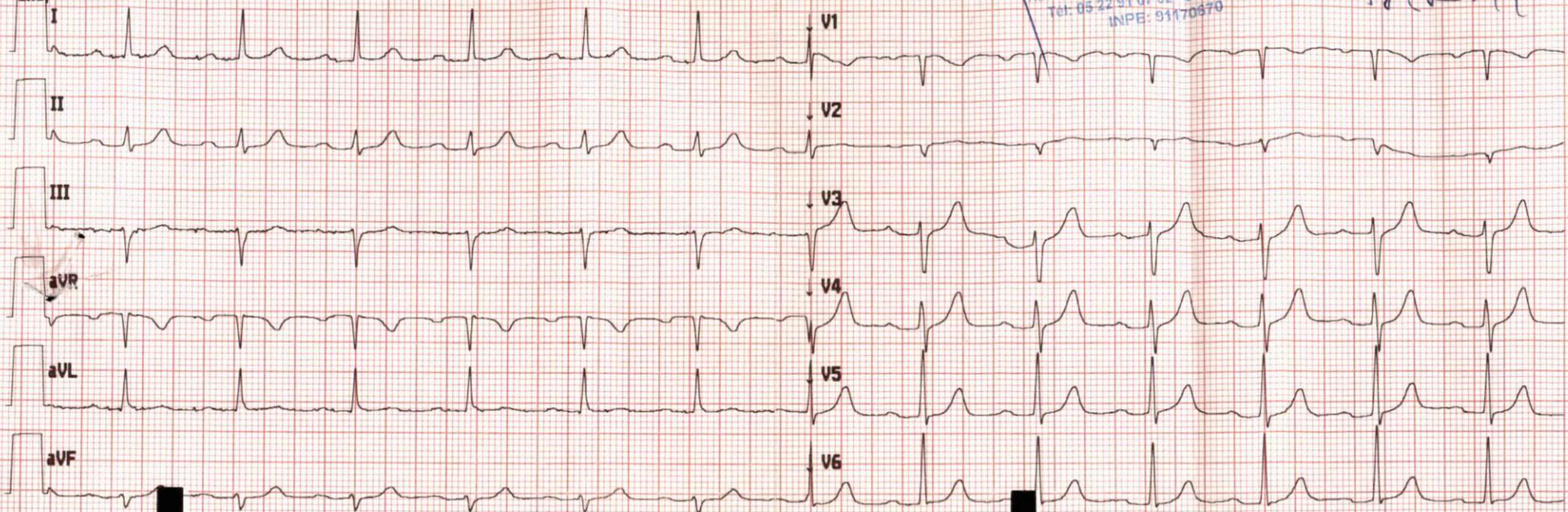
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V :21DH80



ID:
D-naiss:
ans.

14-Oct-2019 13:12:14 Fréq. Card.: 80 BPM
Axes P-R-T: 31 -11 49 Int PR: 235ms
Dur.QRS: 78ms QT/QTc: 347/382ms



14-Oct-2019 13:12:14

Dr. Mehdi BENJELLOUN الدكتور مهدي بنجلون
CARDIOLOGUE ~~تونس~~
Rue 2, N° 61 - 101 ENNAÏF CHAHID ~~تونس~~
Tel: 05 22 91 07 82 - 06 04 72 39 14
INPE: 91170670

BRADICARDIA
THROMB