

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

itions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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 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



Déclaration de Maladie

Nº P19- 0043048

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0043048 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENOUL A

Bou chaim

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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-043048

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 :

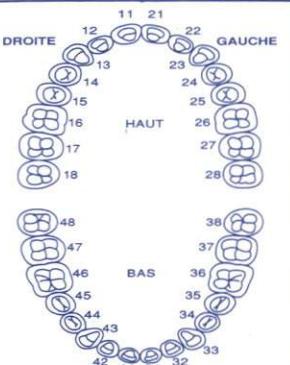
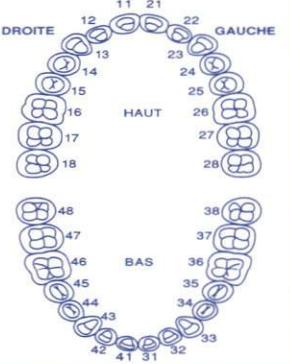
Date de dépôt :

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	
				Coefficient des travaux
				Montant des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux
	D	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	MONTANT DES SOINS
	D	00000000	00000000	
		35533411	11433553	
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis
				Fin d'exécution
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution		



P 17 / 0057467

DATE DE DEPOT
27/10/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 482	Signature de l'adhérent	
Nom & Prénom		<i>BENNOU LA Boughezil Pa</i>		
Fonction	Phones			
Mail				
MEDECIN	Prénom du patient	<i>BENNOU LA Boughezil</i>		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age	
Nature de la maladie		<i>fracture hanche gauche</i>		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances <i>chute à domicile</i>				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
<i>ES</i>	<i>~</i>	<i>EST 0 SEP 2019</i>		
PHARMACIE	Date	<i>ACCUEIL</i>		
Montant de la facture		<i>0.3 SEP.</i>		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date 27/10/2019		
Désignation des Coefficients <i>Rx Hande FIP</i>		Montant détaillé des Honoraires <i>300,00</i>		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date 27/08/2019		
AM	PC	IM	IV	Montant détaillé des Honoraires

*CASA RADIOLOGIE
119 Bd. Abdellah Ben Haddou / BENYACHOU
Tel: 05 22 27 44 27 27 77 44 06 01 67 46 72*

CACHET

Docteur Mohamed CHAOUKI

Orthopediste Traumatologue
Chirurgie des maladies osseuses
et rhumatologiques
Traumatologie du sport
Chirurgie de la main
Diplômé de l'Université de Bruxelles

الدكتور محمد شوقي

اختصاصي في جراحة الكسر وتقديم العظام
جراحة العظام والمفاصل
الجراحة الرياضية
جراحة اليد
خريج جامعة بروكسل

ORDONNANCE

Casablanca, le :

27/08/19

Bouznika - Benhachem

Rx Jauche gaukeh
far
lajjil

CASA RADIOLOGIE
Dr. BENHADDOU / BENYACHOU
119, Bd. Abdelmoumen Casablanca
tel: 0522 27 44 27/27 22 61 67 46 72

CHAOUKI Mohamed
ORTHOPÉDISTE
TRAUMATOLOGUE
13, Bd Abdelmoumen CASA
tel: 0522 26 69 26 - GSM: 06 61 19 99 59



Casablanca, le 27/08/2019

FACTURE :09209/2019

Nom & Prénom : **BENOUALA BOUCHAIB**

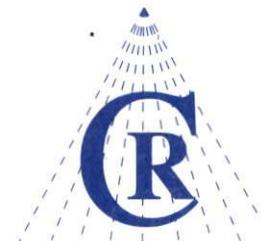
Examen(s)	
RADIOGRAPHIE DE LA HANCHE F/P	
Montant TOTAL	300 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
TROIS CENTS (300 DH)

CASA RADIOLOGIE
Drs. BENHADDOU / BENYACHOU
119, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél.: 05 22 27 44 27/27 77 44/06 61 67 46 70

CASA RADIOLOGIE

Dr Y. BENHADDOU
Dr K. BENYACHOU



البيضاء
للفحص بالأشعة

الدكتور يوسف بنحدو
الدكتور خالد بنيشو

Casablanca le 27/08/2019

Médecin Traitant : DR M. CHAOUKI

Nom du patient : MR BENOUALA BOUCHAIB

Examen Réalisé : RADIOGRAPHIE DU FEMUR GAUCHE F/P

Contrôle, plaque vis et enclouage centromédullaire sur fracture complexe fémorale supérieure consolidée.

Bonne position.

Calcifications vasculaires.

Bien confraternellement à vous.
DR K. BENYACHOU

CASA RADIOLOGIE
Drs. BENHADDOU / BENYACHOU
119, Bd. Abdelmoumen Casablanca
Tél.: 05 22 27 44 27/27 77 44/06 61 67 46 72