

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



Déclaration de Maladie
N° P19- 0027347

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.

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.

Education :

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.

Prothèse :

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.

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 454 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ABALI Mohamed
Date de naissance : 11/1/1983
Adresse : 127 Rue Abou VAOI Bp Sidi Bouzid Casablanca
Tél. 0665716884 Total des frais engagés : 14950 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) : 

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

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient ⁴	Coefficient des travaux	Montant des soins	Début d'exécution	Fin d'exécution																
O.D.F. Prothèses dentaires				Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux																	
				<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			Montant des soins	
H		G																					
25533412	21433552	00000000	00000000																				
00000000	00000000	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

VOLET ADHERENT

NOM: ABALI Molouan

Mle 454

DECLARATION N° **P 14/0020118**



Date de Dépôt: 2/10/19 Montant engagé: 149,50 Nbre de pièces Jointes: 1

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

Cachet
MUPRAS

Dr Benkirane
SPECTROM



P 14 / 20118

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle

Nom & Prénom: ABALI Molouan

Fonction: Médecin Phones: 0664716884

Mail: _____

Signature de
l'adhérent

MEDECIN

Prénom du patient _____

Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐ Age: 75 Date: 4/9/19

Nature de la maladie: Infecti - Larynx Date 1ère visite: _____

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

Nature des actes: 2 Nbre de Coefficient: 1 Montant détaillé des honoraires: 149,50

PHARMACIE

Date: 06-09-19

Montant de la facture: 149,50

Signature et
cachet du
Médecin
DR. BENKIRANE MED-JAIL
GÉRITO GASTRO-ENTEROLOGUE
13, RD. AIN TAOUJATE - CASA
PHARMACIE MEHDI BEN BARKA
N° 3 Rue Anzo Ed. Mehdi Ben Barka
r.s.l: 022.95.15.09 - Casablanca

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date: _____

Désignation des
Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date: _____

Nombre
AM PC IM IV

Montant détaillé des
Honoraires

CACHET

Dr. Mohammed Jalil Benkirane

Spécialiste en Hépatogastro Entérologie

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Ancien Attaché au CHU Bichat de Paris et à l'Hôpital de Poissy

Diplômé en Endoscopie Digestive : Fibroscopie - Coloscopie - CPRE

Diplômé en Echographie Digestive

Diplômé en Nutrition

Membre de la Société Française de Gastro-entérologie



الدكتور محمد جليل بنكيران

إختصاصي في امراض الكبد، الجهاز الهضمي و البواسير

خريج كلية الطب بباريس

ملحق سابق بمستشفيات باريس

مجاز في الكشف بالمنظار

مجاز الكشف بالتلفزة

مجاز في وقاية وعلاج أمراض التغذية

عضو الجمعية الفرنسية للجهاز الهضمي

06/09/2019

MR ABALI MOHAMED

Casablanca, le :

- Spectrum 500 mg

1 Comprimé, matin, soir, après repas, pendant 10 jours

149,50

DR BENKIRANE MED JALIL
HEPATOGASTROENTEROLOGUE
13 BD AIN TAOUJTATE CASA

149,50

PHARMACIE MEHDI BEN BARKA
N° 3 Rue Anza Bd. Mehdi Ben Barka
Tél: 022.95.15.99 - Casablanca