

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.

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.

aire :

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.

die 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 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 05079 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ASSAHAB Abdellah

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 62 10 73 48 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 :



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) :



RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

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 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05079 Société : RATI Retraite

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ASSAB Abdellah

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 61 10 73 48 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/09/2019

Nom et prénom du malade : ADNANE fatima 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) : ACCUEIL





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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des soins Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			
		H	21433552		
		D	00000000	00000000	G
			00000000	00000000	
			35533411	11433553	
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			
VOLET ADHERENT		NOM :		Mle	
DECLARATION N°		W18-405248			
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					



W18-405248

DATE DE DEPOT

...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 5079	
Nom & PrénomASSAS ABDALLAH.....			
Fonction : RESEAUPhones. 0662127348.....			
Mail : alrabsaoud@gmail.com			
MEDECIN		Prénom du patient : ADNANE FEDALY	
Adhérent <input type="checkbox"/>		Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/> Age :
Date : 29/10/19			
Nature de la maladie : Y3			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
		3	4000
PHARMACIE		Date : 29/10/19	
Montant de la facture STE PHARMACIE HAMZA CAF. CASABLANCA Lot. Haj fateh Rue 6 N° 3 Lot. 54 Casablanca - Tel: 0522 93 10 22			
ANALYSES - RADIGRAPHIES		Date :	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Docteur Mohamed MOUMEN

Professeur d'université
Professeur de Chirurgie
à la Faculté de Médecine de Casablanca

Ancien résident des Hôpitaux de Paris
Ancien Assistant au CHU
Pitié Salpêtrière Paris, FRANCE
Chirurgie Digestive, Endocrinienne
Gynécologique, Cancerologique
et Chirurgie par Vidéo-Laparoscopie

الدكتور محمد مومن

أستاذ جامعي
أستاذ الجراحة سابقا بكلية الطب البيضاء

مقيم سابقا بمستشفيات باريس فرنسا
مساعد سابقا بالمستشفى الجامعي
لبيتي سلبيتريهار باريس فرنسا
جراحة الجهاز الهضمي والغدد
أمراض النساء والتوليد
والجراحة بالمنظار

Casablanca, le

24/09/19

Dr DRAANE FATIMA

STE PHARMACIE HAMZA
79, Rue Koutoubia
Lotis. Haj faten, Casablanca - Tél: 0522.23.23.23

06.00

- Parfum 50 ml

(SV)

2g (x 2)

STE PHARMACIE HAMZA
40, Rue Koutoubia
Lotis. Haj faten, Casablanca - Tél: 0522.93.10.28

STE PHARMACIE HAMZA
2, Rue Koutoubia
Lotis. Haj faten Rue 6 N° 3 Lot 64

STE PHARMACIE HAMZA
Casablanca - Tél: 0522.93.10.28

- Belmaz 10 ml

1 fl x 25 (SV)

1 fl x 25 (SV)

1 fl x 25 (SV)

Lot:

À consommer de préférence avant le:

PPC: 79,50 DH

15/08/24

08/2024

LOT :

EXP :

PPV :

96,00

ميتاوسباسميلا®

ستكون 300 ملغ

سترات أقيرين 60 ملغ

METEOSPASMYL® B 20 caps molles

Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg

P.P.V. : 40,40 DH

Distribué par COOPER PHARMA

41, rue Mohamed Diouri - Casablanca



6 118001 100293

20 كبسولة لينة

02-2019

02-2022

ت. ا. ص. / EXP.

مايولي
سبندلز