

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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° W19-468762

Ca



Maladie

Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) 9766 Société : R. A. M

Actif

Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BAST FATHA

Date de naissance : 07/11/1967

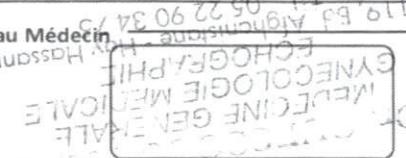
Adresse : Res 17 N°37 Rcs palmier 14 Ay chafha cass

Tél. : 0628 207057

Total des frais engagés : 448,3 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/10/2019

Nom et prénom du malade : BAST FATHA

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.

16 OCT. 2019

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 : Centre Allal Ben Abdellah

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	8/10/2019	258,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Souad GUESSOUS

MÉDECINE GÉNÉRALE

Diplômé de l'Université de Montpellier
en Echographie Générale

D.U. de Gynécologie Médicale de l'Université de Strasbourg

Expert Assérmenté auprès des Tribunaux

119, Bd Afghanistan - Hay Hassani
Casablanca

Tél : 05 22 90 34 75

الدكتورة سعاد كوسوس

الطب العام

خريجة جامعة مونتريال في الفحص بالأمواج فوق الصوتية

حاصلة على شهادة أمر ارض النساء بمستر اسبورغ

خبرة محلفة لدى المحاكم

119. شارع أفغانستان - الحي الحسني

لدارالبيضاء

الهاتف: 05 22 90 34 75

ORDONNANCE

Casablanca le : 08-10-19 الدار البيضاء في

170.000 ~~OF~~iken En

باست فاطمة

1-5-1 x 81

65,00 oreprest 20

340/1 x 5/1

63,30 Balonçul

2-2-2

298.30

**REAL STATE
M. TARIQI & CO.
10 Al-Ghurabiya
Hay Hassani - Bahrain
Tel. 0522 99 32 63 - Fax 0522 90 46 04**

1966 CHOKE, PHIL
GULL-LEGGING, PHIL
SOLARIS, PHIL
1967 CHOKE, PHIL
HIGHMISTRE, HARRY HASSANI
1968 05 22 90 3475

LOT 190974 1

EXP 04 21

PPV 170.00 DH



A conserver à l'abri de l'humidité et de la chaleur.

LOT : 190094

DDUP : 03/2022

63,30 DH

65100

