

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.

Diagnostique 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

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° P19- 0042542

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5742

Société : RAO

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Ben Kroum Khadya

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 : Gardio ACCUEIL Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : non feuilleté à l'adhérent

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) :

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	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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins
	H													
	25533412	21433552												
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis											
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de											

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		W18-139175	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
	1155,00	03	
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			



W18-139175

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 5742
Nom & Prénom <u>BENKEERRA KHADIJA</u>		
Fonction : <u>Retraitée</u>	Phones <u>0664151527</u>	
Mail <u>khadyaben@gmail.com</u>		

MEDECIN	Prénom du patient <u>KHADIJA</u>	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age <u>66ans</u>	Date <u>11/10/19</u>
Nature de la maladie		Date 1ère visite
<u>BBG + Anis cardio</u>		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>* ECG</u> <u>+ ECHO doppler cardiaque</u>		<u>300 DH</u> <u>800 DH</u>

PHARMACIE	Date <u>11/10/2019</u>
Montant de la facture	
<u>55.00</u>	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	

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

Dr. BENABDES Faouzi
80 Bd des Râs el Mâmane A23 N°
Casablanca - Tel: 05 22 97 27 50

PHARMACIE BERRADA
61, Bd Abderrahim Bouahid
Oasis - Casablanca
Tel: 0522.23.54.49 / 05.22.99.47.20

Docteur BENABBES Fatima-Zahra

Spécialiste des Maladies du Cœur et des Vaisseaux

Echographie Doppler du Cœur

Cardiologie Pédiatrique

Holter Tensionnel

Diplômée de la Faculté de

Médecine de Paris



الدكتورة بنعباس فاطمة الزهراء

إختصاصية في أمراض القلب و الشرايين

فحص القلب بالصدى

طب القلب عند الطفل

خريجة كلية الطب بباريس

Casablanca, Le 11 OCT 2019

mau Benkenoun Fhaelja

SS. ∞



Amoxil 1g : 3 cp en
une seule fois 1 heure
avant les sons
dentaires

PPV: 55,00 DH
LOT: 614182
PER: 11/20

PHARMACIE JERRADA
Bd Abderrahim Bouabid
Oasis - Casablanca
0522.23.54.49 / 05.22.99.47.20

Dr. BENABBES Fatima-Zahra
Cardiologue
Bd El Qods Rés. Addamane A23 N°2
Casablanca - Tél.: 05 22 87 27 50

شارع القدس، إقامة الضمان 23 رقم 2، إبنارة 1 - الدار البيضاء Bd. El Qods - Résidence Addamane A23 - N° 2 Inara 1 - Casablanca

Tél.: 05 22 87 27 50 - الهاتف - E-mail : cardiofz@hotmail.com

DOCTEUR BENABBES FÂTIMA ZAHRA

CARDIOLOGUE

Casablanca le : 11/10/2019

NOTE D'HONORAIRES

Je soussigne Dr Benabbes Fatima Zahra avoir reçus la somme

De : Mille cent dirhams (1000 DH)

De la part de : BEN KERROUM Khadija

Et ce pour :

✗ Consultation + électrocardiogramme : = 300 DH

✗ Echodoppler cardiaque = 800 DH

- Echo doppler vasculaire

- Holter tensionnel

Dr. BENABBES Fatima-Zahra
Cardiologue
Bd El Qods Rés. Addamane A23 N°2
Casablanca - Tél : 05 22 87 27 50