

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Déclaration de Maladie

N° W19-471970



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule :

23728

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

Autre :

Date de naissance :

Autre :

Adresse :

Autre :

Tél. :

Total des frais engagés :

0914 - RAM
NMissa Med
01-06-1944
Hay Yousay Abdellah Rue 189 - N°8 casa
AIN CHOK
195,00 Dhs
+ 200,00 Dhs
395,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. HASSANI Redouane

Spécialiste Oreille, Nez, Gorge,
Chirurgie Cervico - Faciale
Bd. Al Qods Rés. Qods California
Imm. GH8 Appt. 14 Ain Chock
Casablanca - Tél 05 22 52 69 78

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

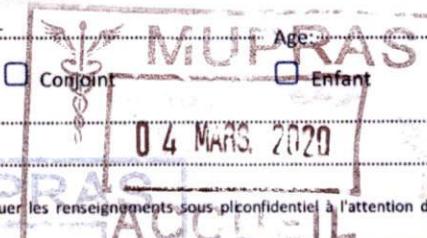
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casab

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 07/03/2020



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
1/11/2020	6161		800.00	INP : DR. HASSAN Redha Spécialiste Oreille, Nez, Gorge, Chirurgie Cervico - Faciale Bd. A Qods Res. Qods California Imme. GH8 Appt. 14 Ain Chock Télé. 05 22 52 69 78

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/11/2020	177.20
	22/11/20	21.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	
	
	
	
	

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
		<table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td><hr/></td> <td><hr/></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>	<hr/>	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		25533412	21433552												
		00000000	00000000												
		<hr/>	<hr/>												
		00000000	00000000												
35533411		11433553													
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															

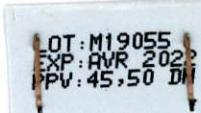
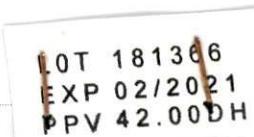


Ordonnance Médicale

Casablanca le : 22/01/2020

MME YOUSSEF AIDA

- Kolest 20 mg
1 Gélule, matin, pendant 2 semaine
- Cataflam 50 mg
1 Dragée, matin, midi, soir, pendant 7 jours
- Duoxol 500 mg / 2 mg
1 Comprimé, matin, midi, soir, pendant , 7 jours
- Uvimag b6 500 mg/125 mg
1 ampoule, matin, midi, soir, pendant 1 mois



Dr. HASSANI Redouane
Spécialiste Oreille, Nez, Gorge,
Chirurgie Cervico-Faciale
Bd. Al Qods Rés. Qods California
Imm. GH8 Appt. 14 Ain Chock
Casablanca - Tél : 05 22 52 69 78



37,00DH



48,10

21,18



Ordonnance Médicale

Casablanca le : 22/01/2020

MME YOUSSEF AIDA

- **Kalest 20 mg**
1 Gélule, matin, pendant 2 semaine
- **Cataflam 50 mg**
1 Dragée, matin, midi, soir, pendant 7 jours
- **Duoxol 500 mg / 2 mg**
1 Comprimé, matin, midi, soir, pendant , 7 jours
- **Uvimag b6 500 mg/125 mg**
1 ampoule, matin, midi, soir, pendant 1 mois
- **Polydexa**
3 gouttes, matin, midi, soir, pendant 7 jours

السيد/ة العاملة
هشام فاخر
حي مولاي عبد الله 1875 رقم 16
0522 21 83 15 :
هذا العنوان

Dr. HASSANI Redouane
Spécialiste Oreille, Nez, Gorge,
Chirurgie Cervico - Faciale
Bd. Al Qods Rés. Qods Californie
Imm. GH8 Appt 14 Ain Chock
Casablanca - Tel : 05 22 52 69 78