

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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-474602

M² 24791

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 4321		Société : <i>RENNITE</i>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<i>Mustapha</i>
Nom & Prénom : <i>Ouari Mustapha</i>		Date de naissance : <i>11-11-1989</i>	
Adresse : <i>48 Rue Achour Chems Hay Roudha Casablanca</i>		Tél. : 0661144243	
Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : <i>Ouari Mustapha</i> Age : Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <i>Affection ORL</i>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <i>7</i>			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sur un 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 :
Signature de l'adhérent(e) :
Découvert par le Dr NEKOUIA, Clinique ORL, Bd. Hassan II, Casablanca

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
02/03/2023	120	6	300,00	INP : 09M12102 MEKOUEAR 2023

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Docteur I. Spécialiste en Clinique ORL - Bausch 198 Bd. Ghandil - Casablanca Montant de la Facture
PHARMACIE DE BOPERA Mme. Souad AMOR Rue Mohamed Bâhi Tel 0522.23.11.12	26-03-20	291.530

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

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 HONORAIRE																	
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 (empty table rows)	Nature des Soins (empty table rows)	Coefficient (empty table rows)	INP : <input type="text"/>													
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DÉBUT D'EXÉCUTION													
				FIN D'EXÉCUTION													
				O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553
					H	25533412	21433552										
					D	00000000	00000000										
					B	35533411	11433553										
					CŒFFICIENT DES TRAVAUX												
MONTANTS DES SOINS																	
DATE DU DEVIS																	
DATE DE L'EXÉCUTION																	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
(empty table rows)																	
(empty table rows)																	
(empty table rows)																	
(empty table rows)																	

مصحة بوسيجور

CLINIQUE O.R.L. MAXILLO-FACIALE ET ESTHÉTIQUE BEAUSEJOUR

Dr F. MEKOUAR

O.R.L.

Dr B. MOKRIM

Prof agrégé en O.R.L.

Dr K. YOUSSEFI

O.R.L.

Immuno-allergologie

LOT 0036 N°09
PER: 02/2021
PPV: 190,00 dh

ARRADA
UNI

O.R.L.

Chirurgie Maxillo-Faciale
et Esthétique

LOT 19249 FCS
02/2022 PPC 84,70

LOCAPRED 0,1%
CREME T15G

P.P.V : 16DH60

6 118000 010951

OUANT

M-01-12

C

? 13 (2-2

110/

1 AE12-DAZ

5V

1 f. 1 m 1 →

14.70 ~~5V~~ ~~DAZ~~ or Relaxin 90

2001 m 1 → 1 e. 1 :

16.60

1 Loc ~~5V~~ p-d keine

2 f. 1 m 1 →

291.30

Re

Docteur F. MEKOUAR
Spécialiste en ORL
Clinique O.R.L - Beauséjour
198, Bd. Ghandi - Casablanca

PHARMACIE DE L'OPERA
Mme. Souad AMOR
82, Rue Mohamed Bahi
Casablanca. Tel: 0522.23.11.72

Casablanca, le

02/03/2020

Le Docteur

MEKOUAR

Prie M. AYARTI MUSTAPHA

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués et
lui présente suivant l'usage, sa note d'honoraires

Pour

Consultation ORL

S'élevant à la somme de ~~300,00~~ Dhs

Treis Cent Dirhams

Docteur F. MEKOUAR
Spécialiste en ORL
Clinique ORL - Beauséjour
198, Bd. Ghandi - Casablanca