

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.

Pathologie 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.

Éducation :

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.

Prothétique :

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

Reclamation : 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- 067551

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1031224 Société : 08 = 30638

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom : MOSTAPITI

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 : 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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-067551

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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 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.

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.

N° W19-485226

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : **10342**

Société : **QAH**

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **DiB MUSTAPHA**

01/01/1966

Date de naissance :

Adresse : **Hay Laonia R18 Porte 07**

Tél. : **0673 49 28 00**

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Mariem OUADINE

Spécialiste des Maladies Hépato-Gastro-Entérologie
Proctologie médicale chirurgicale
89, Avenue Akid El Allam (El Mouhajir) - 2^e Etg App 4
Hay My Rachid 2 - Bournezel / Casablanca
Tél. : 05 22 72 47 76

Cachet du médecin :

Date de consultation :

26/06/2012

Nom et prénom du malade : **DiB Mustapha** Age : **57 ans**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Angiome hepatis**

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) :

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
20/06/2020	1	CS	850dhs	INP : 1091294001 Dr. Mariem OUAZZANE Spécialiste des Maladies Hépato-Gastro et Endocrinologie Proctologie et Chirurgie générale Lamia Alku El Alami (El Mouhawwi) - 2a Eig App Lamia Alku El Alami 2 - Bounzizi / Casablanca 02 72 47 76

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	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 Nature des Soins Coefficient																
	INP : <input type="text"/>																
	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
	DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>																
	FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>																
		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> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
		H	25533412	21433552													
		D	00000000	00000000													
		B	35533411	11433553													
G																	
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																	
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																	
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	
DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																	
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES																	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																	

Dr. Mariem OUADINE

Médecin Spécialiste des Maladies
 de l'Appareil Digestif
(Foie - Estomac - Intestins)

Lauréat de la faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca
Ancienne Médecin au CHU Ibn Rochd à Casablanca
Membre de l'Association Nationale Française des Gastro-Enterologue
Fibroscopie et Colonoscopie
Proctologie Médicale et Chirurgicale
Diplôme d'Echographie Générale



Casablanca 20/06/2022

INPE 091218081



الدكتورة مريم ودين
طبيبة اختصاصية في أمراض
الجهاز الهضمي
(الكبد - المعدة - الأمعاء)

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
طبيبة سابقاً بمستشفى ابن رشد (موريرغو) بالدار البيضاء
عضو بالجمعية الوطنية الفرنسية لأمراض الجهاز الهضمي
الفحص بالمنظار الداخلي للمعدة والأمعاء
علاج وجراحة أمراض المخرج والبواسير
دبلوم الفحص بالصدى

Dr. Dib Mostafa

79,50

AL-Corbo non sp

1kg x 215 p/st 10

80,00

21-

Myoflofare sp

1kg 15 Bassir p/st 10

Lot : 200030
À consommer de
préférence avant le : 02/2023
PPC : 79,50 DH

ملياً من الماء
والفحصال
P.P.C. 80,00
LAPARA sarl
www.lapara.ma
62 - Avenue Akid Marouane 20360 Casablanca
- 59721 DENAIN CEDEX - Siège social - 8 rue C

159,50

Dr. Mariem OUADINE
Spécialiste des Maladies Hépati-Cysto et Entérologie
Proctologie Médico-Chirurgicale
39, Avenue Akid El Allam (El Mouhajir)
Hay My Rachid 2 - Bournazel / Casablanca
Tél.: 05 22 72 47 76

89. شارع العقيد العلام (المهاجر)، الطابق الثاني، الرقم 4 هي مولاي رشيد 2 بورنازيل - الدار البيضاء

89, Avenue Akid El Allam (El Mouhajir) - 2ème étage App 4 Hay moulay Rachid 2 - Bournazel / Casablanca
Tél : 05 22 72 47 76 / N° Urgence : 06 79 70 18 68 / E-mail : Dr.mariemouadine@gmail.com - INPE 091218081