

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



ND: 316 23

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.

Biologie 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° P19-0002157

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 493 Société : R.A.M.
 Actif Pensionné(e) Autre : Veuve
 Nom & Prénom : HAJ HAMMOU Jacqueline Date de naissance : 10/5/1935
 Adresse : Villa El Ltain, R. Chataigniers, CASABLANCA
 Tél. : 0522361559 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 2/5/2020
 Nom et prénom du malade : HAJ HAMMOU Jacqueline Age : 86 ans
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : HTA
 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 : Casablanca Le : 2/5/2020
 Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
21/5/2020		C	CG	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/5/20	1864,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																					
				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																							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B				G				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																							
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D																							
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	G																							
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																						
		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

Dr. F. Z. Moussaoui

MEDECINE GENERALE

Lotissement Zoubir
(Gpe. Addoha), Imm. 112 I
Appartement 4 Oulfa - Casa
Tél. : 05 22 93 41 48

الطبيبة فاطمة الزهراء موساوي

الطب العام

تجزئة الزبير
(مجموعة الضحى) عمارة
112 I شقة 4 الألف
الهاتف : 05 22 93 41 48

Casablanca, le 2/5/2020 في الدار البيضاء

Mme Haj Hamou Jacqueline

1) 139.20 x 3
2) 57.70 x 3
3) 316.00 x 3
4) 119 -
5) 87 -
6) 63.20

Milrene 300mg (x3)
1 cp/j Matin

PPV LOT 139,20 PV 139,20 LOT

P.P.V.: 57DH70
LOT: B21994

P.P.V.: 57DH70
LOT: B21994

Aldosterone 150mg (x5)
1 cp/j Mat

P.P.V.: 57DH70
PPV: 57,70 / 0

3 mois
P.P.V.: 57,70

Plavix 75mg (x3)
1 cp/j

Ain sebaâ Casablanca
Plavix 75 mg, cp pel b:
P.P.V.: 316,00 DH

Ain sebaâ Casablanca
Plavix 75 mg, cp pel b:
P.P.V.: 316,00 DH

Vital D3 100.000 UI
4 gtt/j

EPIOMEDPharma
PVC: 119,00

Relaxin 300mg
1 cp/j au coucher

LOT: 190119
DLN: 03/2022
07.90DH

Lyrtec 10mg
1 cp/j

63,20 (circled) →

7) Stilnox cp.
56.60 1/2 cp / 1 mi n° besoin

1864,50

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V.: 56DH60

~~Dr. FZ MOUSSAOU
HAJ HAMMOU
Lotissement Zoulikha Ann 112
Appt. 4 OULFA - GASS~~

PHARMACIE
PARANFA AIN DIAB SARI AU
Dr B. HAMMOU
Tél.: 05 22 39 34 01