

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.

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.

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.

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

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

Nº P19- 066090

ND : 32842

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 16.26

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Bakir Tina

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 : Bakir Tina 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 Nº P19-066090

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 OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

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.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1626 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BAKIR NINA

Date de naissance : 01/01/1952

Adresse : Rue S N° 33 ATTADANOUN 10200 Cherchell

Tél. : 06 044 45124 Total des frais engagés : 1866,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

MANE SADEQ
Gastro - Castro - Entérologue
(Diététique / Nutrition)
Tél. 05 22 97 24 55

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Bakir Nina Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Diabétique, Cardiopathe, Allergique, Pathologie digestive

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 08/10/2020

[Signature]

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
8/8/20		C5	Grotte	DR IMANE SAIDI Hépato - Castro - Entérologie (Diététique/Nutrition) Tél. 052972455

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
STE PHARMACIE HAMZA	08/08/2020	1823,20
STE PHARMACIE HAMZA	08/08/2020	43,20

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIQUES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX

DENTAL TREATMENT PLAN

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		MONTANTS DES SOINS
H	D	25533412	21433552	
		00000000	00000000	
B	G	00000000	00000000	
		35533411	11433553	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



SADEG
DR IMANE Entérite
Castro - Nutritive
Hôpital Diététique 05222971455
Tél:

Chirurgie ORL
Chirurgie maxillo-faciale
Chirurgie Traumatologique et
Orthopédique
Chirurgie viscérale
Anesthésie - Réanimation
Chirurgie Ophthalmologique
Chirurgie Plastique et Esthétique
Chirurgie Dentaire
Stomatologie Implantologie
Radiologie - Echographie - Scanner

Rosa 1 Angle Allée de
L'Aude et rue Chant
d'oiseaux (à côté de
MacDonald's - Hermitage)
Tél : 05 22 28 64 64
Fax : 05 22 28 65 65
Urgences : 0666 10 89 32
Email : cdh@hotmail.fr
Site Web : www.cdh.ma

SCP au capital
de 200.000 DH
I.F : 40262570
CNSS : 8640311
Patente : 34750072

مصحة الحديقة لارميطاج

CLINIQUE LE PARC Hermitage

Casablanca, le 08/08/2020 الدار البيضاء في

Bakir Nina

1) Soliat

60x6

Acplj

28,00x9

QSP = 6 Dosis

2) Glucophag

boong (SV)

14x31j

QSP = 6 Dosis

3) Diamicet

Acplj

30,70x6

(SV)

KARDEGIC 75MG KARDEGIC 75MG
SACHETS B30 SACHETS B30

P.P.V : 30DH70 P.P.V : 30DH70

KARDEGIC 75MG KARDEGIC 75MG
SACHETS B30 SACHETS B30

P.P.V : 30DH70 P.V : 30DH70

KARDEGIC 75MG KARDEGIC 75MG
SACHETS B30 SACHETS B30

P.P.V : 30DH70 P.V : 30DH70

KARDEGIC 75MG KARDEGIC 75MG
SACHETS B30 SACHETS B30

P.P.V : 30DH70 P.P.V : 30DH70

BIOCODEX MARO P.P.V : 52,40DH

4) K ardege

Acplj

52,70x1

5) Acupe

Acplj boie x 31j

QSP = 6 Dosis

(SV)

31j

02 = 58
 04 = 04
 06 = 06
 08 = 08
 10 = 10

35,70

THIOBACTIN 500MG
 CP B24
 P.P.V : 86DH 10

DIFAL®
 Diclofénac sodique 50 mg
 Boîte de 30 comprimés
 P.P.V : 44,00 DH

LOT : 1017 E
 PER : 7 2022
 PPV : 22 7H

22,70

DR IMANE SADEG
 Hôpital - Casablanca
 (Distributeur N°1)
 Tel: 0522 727 24 55

STE PHARMACIE HAMZA
 CASABLANCA

Lot. Haj fatih, rue 6 N° 3 Lot. 64
 Casablanca - Tel: 0522 93 10 20

6) Alpraz
 35,70 1cp (5) AS 1 Nois

7) Thio bactin AS 500mg
 22,70 1cp x 3lj pdt 8j

8) Difal AS
 22,70 1cp x 3lj

9) Baycetene AS
 1cp x 3lj

1823,20

The logo consists of a blue oval containing the text "STE PHARMACIE HAMZA" at the top, "C. B. S. A. L. N. C. A." in the middle, and "Lote. Hajjatet Rue 6 N° 3 Lot. 64 Cambousca - Téle 0222 93 10 28" at the bottom. The text is written in a stylized, handwritten font.

-A.S.A

Le

~~28/08/2e~~

Facture N°

68

M.BAISAKH A.I.W.A



151,60



151,60



151,60



151,60



151,60



151,60



28,00



28,00



28,00



28,00



28,00



28,00



28,00



28,00



28,00



↓
78,70

A red arrow points downwards from the top drawing towards a red-outlined oval containing the number 78,70.



↓
78,70

A red arrow points downwards from the top drawing towards a red-outlined oval containing the number 78,70.



↓
78,70