

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 canaux, 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 canaux.

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° W19-542557 02516

N° D: 34907.

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2516 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HARCHACHE EL MAACHI

Date de naissance : 07/12/1956

Adresse : Hay Hakeim Bte 102 DB EL ANASSER C.A.A.

Tél. : 0678562787 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin **Dr. SAMI Mustapha**
Neuro-Chirurgien
39, Bd. Rahal El Meskini
Tél. : 0522.31.44.76 - Casablanca

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14 JUL. 2020

Nom et prénom du malade : Harchach Khelil Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Cerebrale

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 : 07/07/2020

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
14 JUIL. 2020	G	4000		INP : 091124230 Dr. SAMI Mustapha Neuro-Chirurgien 39 Bd. Rahal El Mekini Tél: 032231.44.76 - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
REVEAL SAMI PHARMACIE CHIA M. TAHIRI HASSANI 10 Ave. Afghanistan M. Hassan - Casablanca 7 Tél: 032231.44.76 - Casablanca	14/07/20	717,00

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	

RELEVÉ 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 canaux, 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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

☒ valable 3 mois

Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE <input checked="" type="checkbox"/>	
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS confidentiel)	
Je soussigné :	
Certifie que Mlle, Mme, M. : <u>Narehah Khaled</u>	
Présente <u>combustion</u>	
Nécessitant un traitement d'une durée de : <u>indefinite</u>	
Dont ci-joint ordonnance :	
(à défaut noter le traitement prescrit)	

Dr. SAMI Mustapha
Neuro-Chirurgien
39, Bd. Rahal El Meskini
Tél.: 0522.31.44.76 - Casablanca

Dr. SAMI Mustapha
Neuro-Chirurgien
39, Bd. Rahal El Meskini
Tél.: 0522.31.44.76 - Casablanca

Docteur SAMI MUSTAPHA

NEURO - CHIRURGIEN
AFFECTIIONS DU SYSTÈME NERVEUX
ELECTRO ENCÉPHALOGRAPHIE
EPILEPTOLOGIE

39, Bd. Rahal El Meskini - CASABLANCA

Tél. : 05 22 31 44 76

05 22 45 05 64

Fax : 05 22 31 95 61

N° d'Autorisation : 4235 du 2.2.76

Sur Rendez-vous

الطبيب سامي مصطفى

جراحة الرأس والدماغ
جراحة العمود الفقري
التخطيط الكهربائي للدماغ

39. شارع رجال المسكيني - البيضاء

الهاتف : 05 22 31 44 76

05 22 45 05 64

فاكس : 05 22 31 95 61

رقم الرخصة : 4235 ل 2.2.76

الزيارة بالموعد

Casablanca, le 14 JUL. 2020

REVEAL SARL
PHARMACIE CHIFA
M.TAHIRI HASSANI
10 Ave. Afghanistan
Hay Hassani - Casablanca
Tél. : 05 22 31 44 76 - Fax : 05 22 31 95 61

N° Sanchez Khelil

239.00 x 3

Lamictal 100

1/2 - 0 - 1

bas (3) fois

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 239,00 DH
ID : 644621
6 118001 140800

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 239,00 DH
ID : 644621
6 118001 140800

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 239,00 DH
ID : 638940
6 118001 140800

Dr. SAMI Mustapha
Neuro-Chirurgien
39, Bd. Rahal El Meskini
Tél.: 0522.31.44.76 - Casablanca