

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



Déclaration de Maladie

N° W19-543819

ND: 35511

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12710 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

BENBABA KER ADIL

Date de naissance :

04/07/2002

Adresse :

14 Rue Abu Faliss Al Hawasani

Tél. :

0661466928 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

30/06/2020

03 AOUT 2020

Nom et prénom du malade :

ZERBALI BENKHA BATAINA

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Cystadene pathologique

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 : 03/08/2020

Signature de l'adhérent(e) :

AB

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
25/02/20	5	300		INP : PBM 6010 Fadiha Dridan, Gynécologue et Obstétricien Ain Chaz, Lot 15000 Maroc

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIographies

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

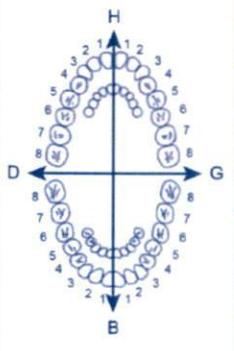
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	5000
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

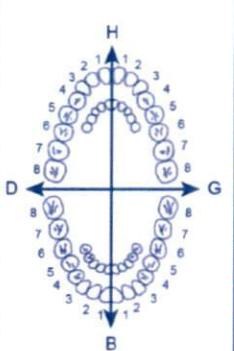


O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	35533411
G	11433553	

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Fatiha OUADIRGA

Spécialiste en Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Gynécologique, Maladie des seins
Coelioscopie - Colscopie - Hystéroskopie
Stérilité - Procréation médicalement assistée



الدكتورة فاتحة واديرڭا

اختصاصية في أمراض النساء والتوليد
جراحة السرطان - أمراض الثدي
التخدير والجراحة بالمنظار
العمق - المساعدة الطبية على الإنجاب

Casablanca, le

25/06/2020

الدار البيضاء، في

Nom et Prénom :

Mme ZBOUAI Boukhal Boutâïa

Compte-rendu d'échographie du troisième trimestre

Grossesse mono foetale évolutive de 40 SA

Présentation : Céphalique

B.I.P : 101 mm

L.F : 76 mm

40SA

F.F. 39.02P

DAT : 8.7 - 361 mm

PLACENTA : Non visualisée

LIQUIDE AMNIOTIQUE : En face de la tête



شارع القدس، تدارت، حي لي كريت، رقم 158، الطابق الثاني، عين الشق، (قبالة اتصالات المغرب و مخبزة ڭران دو بالي) الدار البيضاء
هاتف العيادة: 05 22 21 21 37 - الفاكس: 05 22 21 38 - المستعجلات: 05 22 21 21 37 - البريد الإلكتروني: ouadirgafatiha@yahoo.fr

Bd Al Qods, Taddart, Quartier des Crêtes, lot n° 158, 2ème étage, Ain Chok, (en face patisserie Grain de blé et IAM)
Casablanca. Tél : 05 22 21 21 37 - Fax: 05 22 21 21 38 - Gsm : 06 61 96 43 54 - E-mail : ouadirgafatiha@yahoo.fr