

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

- | | |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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° W19-534977

40481

MUPRAS
RECEPTION

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	4217	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	KAHAL LAHIA MUSTAPHA
Nom & Prénom : KAHAL LAHIA MUSTAPHA			
Date de naissance : 01/01/1954			
Adresse : 42 PASSAGE 13 TISSIR (2) BERRECHID			
Tél. : 0706 75 9374	Total des frais engagés : Dhs		

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/06/2020

Nom et prénom du malade : KAHAL LAHIA MUSTAPHA Age : 66 ans

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 PAROURA

Le : 15/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RES
Cachet et signature
attestant le Palmaré
INP: Dr Vera Marichalhina
Généraliste-Urgence
INP 091230

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

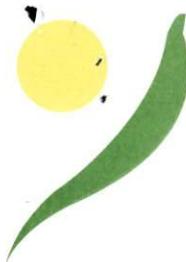
H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch with 12 numbered teeth (1 through 12) arranged in a curve. The teeth are represented by small circles with numbers. Below the arch, a horizontal line with arrows at both ends represents the dental arch. The numbers 1 through 12 are placed next to the corresponding teeth in the arch.

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession.

		L'EXECUTION	



مصحة ميموزا - المحمدية
Clinique Les Mimosas - Mohammedia

Mohammedia, le: 19/06/2020 المحمدية في:

Nom et Prénom:

Rapport médical

je soussigne
avoir consulté Dr Vera Matchihi
Généraliste-Urgentiste
INP: 091230425
Kahallo-
hia Al estapha , qui présente
des douleurs abdominales ,
asthénie physique .

Il a été pris en charge
par nos MMs. nos sorties
est en état stable +
elle fait à notre extérieur

Dr Vera Matchihi
Généraliste-Urgentiste
INP: 091230425

Clinique Les Minosa - Mohammedia

الطب - العلاج - التغذية

Mohammedia, le: 14/07/2008

Le Docteur KAMAL MACHIKHA Moustapha
précise suivant l'usage, sa note d'honoraires pour

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués et lui

présente suivant l'usage, sa note d'honoraires pour

Dr M.
Général
Inp.
Institut
Urgentiste
091230425

S'élèvent à la somme de

1450,00 (Quatre-quinze

Quatre-quinze + Faiture

(Quatre-quinze + Faiture)



19/06/2020

FACTURE N°10028/20

KAHALLAHIA MUSTAPHA

LIBELLE	MONTANT
DR VERA	450.00
PHARMACIE	350.00
AMI	150.00
FRAIS DE SALLE	150.00
Total	1 100.00

Arrêté la présente facture à la somme de:
Mille Cent Dirhams

~~Dr Vera Matchikhin,
Généraliste Urgentiste
INP : 091230425~~

*Clinique Les Mimosas
Bd Hassan II, Mohammedia
N°10028/20*

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

KAHALLAHIA MUSTAPHA

FACTURE N°10028

Numéro Facture	LIBELLE	Quantité	PRIX	TOTAL
10028/20	INTRANULE	1	33.75	33.75
	PERFUSSEUR	1	35.25	35.25
	ANDOL	1	49.50	49.5
	OMEPRAZOL	1	100.00	100.00
	SERUM SALE 9% 250 ML	1	29.50	29.5
	SERINGUE	1	10.25	10.25
	GANTS STERILE	3	12.54	37.62
	EXACYLE	1	13.88	13.88
	NOSPA	2	13.00	26.00
	CLOPRAM	1	14.25	14.25
TOTAL				350.00

Clinique Les Missas
Bd. Hassan II La Goulette
Tunisie

