

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° W19-548457
MUPRAS
RECEPTION 9

40480

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4217 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : KAHALLAHIA MUSTAPHA
 Date de naissance : 01/01/1954
 Adresse : 42 PASSAGE 13 TISSIR (2)
 BERRECHID
 Tél. : 0706759374 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Chirurgie Cervico Faciale
 Spécialiste O.R.L.
 D. Abdelhakim BOUABID

Date de consultation : 10/08/2020
 Nom et prénom du malade : KAHALLAHIA 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 : DAROUA

Le : 15/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
10/08/2020	C +		2000 F	INT: 06/21/2020
11/8/20	Bilan		Contrôle	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/08/20	322,40

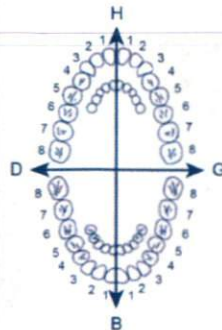
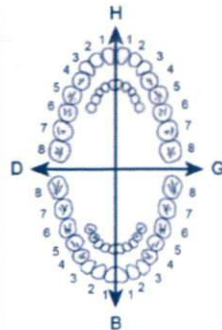
[illegible][illegible]

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> D 25533412 0000000 0000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> G 21433552 0000000 0000000 11433553 </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدركتور ابو عبید عبد الحکیم

- اختصاصی :

- في أمراض وجراحة الأنف والأذن والحنجرة

جراحة الوجه والعنق وحساسية الأنف

– اختيارات الدوخة ووضائف السمع

– الفحص بالمنظار والمجهر



Berrechid le : 10/01/2020

Berechnung: $K_2H_2O_4$ Mesotapha

48,00

1. D. 4236

102

4780

Arlo Cordy

2 ep 1/2

4 hrs

30.50

Buschmann

4/2/21

11/11/20

123, 100

Fraxinus

(2) cspsulx

capsule. 2/7. 20g

4 only

322,40

1415

Dr. Abdelhakim BOUABID
Spécialiste O.R.L.
Chirurgie Cervico Faciale
Tél : 05 22 32 64 60

Pharmacie
AL HENNA
Mohamed Amine SCAO
Dr En pharmacie - Diplôme d'Espécialité
19 Bd. Al Houria - BERRECH
Tel.: 0522 328 328

48.00

48.00

123.60

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al ouam roches
noires casablanca

INEXIUM

40 mg

Cpr GR

Boite 14

64175DMP/21NRQ P.P.V.: 123.60 DH

6 118001 020607

LOT: 20E011
PER: 02 2025

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél

P.P.V.: 30DH50

6 118000 010845

LOT: 20E009
PER: 12 2024

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél

P.P.V.: 30DH50

6 118000 010845

30,50 x 2

41.80