

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

ptique :

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.

ntaire :

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

Nº P19- 053159

ND: 41360

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AMELLAIS Silais

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 : 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS

14 SEP. 2020

ACCUEIL

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19-053159

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 :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	
					Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>
		H D 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 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'exécution			

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 7004	<i>AMPL</i> Signature de l'adhérent
Nom & Prénom : <i>ATELLAH JLAH</i>		Phones : <i>66133985</i>	
Fonction : <i>CDB (retraite)</i>	Mail : <i>amehahjlah@gmail.com</i>		
MEDECIN	Prénom du patient : <i>Saida Auelah</i>		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age : <i>16/12/63</i>
Nature de la maladie : <i>Douleurs des extrémités.</i>		Date 1ère visite.	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes : <i>Cires</i>		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
			<i>156,80</i>
PHARMACIE		Date : <i>27/07/2020</i>	
Montant de la facture		<i>ACCUEIL</i>	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date : <i>23 SEP. 2020</i>			
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Docteur Latifa Aboujida

MEDECINE GENERALE

ECHOGRAPHIE

Diplômée de l'Université de
Montpellier (France)

Ex. Medecin - Chef de C.S.U.



الدكتورة نظيفة أبو جيدة

الطب العام

الفحص بالإيكوغرافيا

خريجة جامعة مونبولي (فرنسا)

طبيبة رئيسية لمركز صحي سابق

حاصلة على دبلوم أمراض النساء

جامعة ستراسبورغ (فرنسا)

GYNECOLOGIE MEDICALE

U. L. P. Strasbourg

D.

Casablanca, le

27/07/20.

Saida Amellah.

7S

49.60x2

D'une forte = 1 amp pour 15g

bte.

PPV: 49,60 DH
LOT: 20D06
EXP: 04/2023

28.80x2 à aux promis 2 eur 60

- Vitaneril fort = 1 sp x 3 j x 2 eur 60

PPV
LOT
PER
28,80

PPV
LOT
PER
28,80

Dr. Latifa ABOUJIDA
MEDECINE GENERALE
ECHOGRAPHIE

241, Bd. Oued Tansift - El Oulfa
Tél.: 05.22.91.56.77 - CASA 2020

Dr. BENHIDA KARIM
Pharmacien
32 Casablanca
Tél.: 05.22.93.22.37