

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.

pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

Biologie 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.

Education :

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.

Prothèse :

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

éclamation : contact@mupras.com
rise en charge : pec@mupras.com
adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

47169

Déclaration de Maladie : N° S19-0005104

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **9269**

Société : **R.A.M**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **MOUSTAHSINE ALEDDINE**

Date de naissance : **29/10/1964**

Adresse : **H**

Tél. : **0676.87.83.57**

Total des frais engagés : **222.065** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Marouane BENCHEKROUN
Médecine Générale Echographie
76 Bd El Fida 1^{er} Etg. Darb Fokara
Tél. 05.22.28.30.93. Casablanca

Date de consultation : **21 NOV 2020**

Nom et prénom du malade : **M = MOUSTAHSINE ALEDDINE**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **HIA Diabète**

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 : **10/11/2020**

Signature de l'adhérent(e) : 

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
12/01/2020	C	1	1.20	Dr. Marouane BENCHEKROUN Médecine Générale Endocrinologie 76 Bd El Fida F Elg. Derb Fokara Tél: 05.22.28.39.93. Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie HIND Lot. Municipal Bloc 11 N°516 Bis F'ay Hassan Casa - Tél.: 0522 914 457	14 octobre 2020	2108.60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				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	35533411	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'E				

OMNIPRATICIEN

Diplômé de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Dakar
C.E.S. d'Echographie Générale

الطب العام

خريج كلية الطب والصيدلة بدمشق
حاائز على شهادة الفحص بالصدى

Moustahime Ag Abdoune

Casablanca, le 24 OCT 2020

- 1 - ~~Humectant 50/1000 mg~~
~~1 cp x 2 h & 3 mois~~
- 2 - ~~Pharmacie HIND
Lot. Municipal Bloc 11
N°516 Bis Hay Hassani
Casab - Tel.: 0522 914 457~~
~~Amarello 3 mg.~~
- 3 - ~~Orasyl 5 mg~~
~~2440 + 2 1 gph & 2h / 3 mois~~
- 4 - ~~Fajol 200g~~
~~2500 - 1 Qpp x 2h~~
- 5 - ~~Kalot 20 mg~~
~~2108.6 - 1 gcmh / x 28~~

Dr. Marouane BENCHEKROUN
Medecine Generale Echographie
76 Bd EL FIDA 1^{er} Etg - Derb FOKARA
Tél: 0522 28 39 93 Casablanca

00/07/23/24/01/01/14-1

00/07/23/24/01/01/14-1

00/07/23/24/01/01/14-1

