

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <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'Istiqlal
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-571444

47877

| | | | |
|---|---------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : 12648 | | Société : RAM | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : ENNAKHL DUSSEKA | | | |
| Date de naissance : 02/01/1928 | | | |
| Adresse : Casablanca Noura Elle C App 92 | | | |
| Tél. : 069383672 | | Total des frais engagés : 350,00 Dhs | |

| | |
|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | |
| Dr. JENNANE Bouchra Gynécologie-Obstétrique Résidence Riad Ennakhl N° 4, immeuble A Angle Av. Ennakhl Rue Elyazid Hay Riau-Kabir Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 20 45 45 | |
| Cachet du médecin : | |
| Date de consultation : | 12/10/2020 |
| Nom et prénom du malade : | MOUADDAB EL ALAOUI 2WESI |
| Age : | 31 |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint |
| Nature de la maladie : | Soin de MUPRAS |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances : | |
| Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer ces 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 : RABAT Le : 12/10/2020

Signature de l'adhérent(e) : DR. JENNANE Bouchra

Gynécologie-Obstétrique

Riad Ennakhl N° 4, immeuble A, Casablanca

Angle Av. Ennakhl Rue Elyazid Hay Riau-Kabir

Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 20 45 45

Le : 12/10/2020

ACCUEIL

DR. JENNANE Bouchra

Gynécologie-Obstétrique

Riad Ennakhl N° 4, immeuble A, Casablanca

Angle Av. Ennakhl Rue Elyazid Hay Riau-Kabir

Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 20 45 45

Le : 12/10/2020

ACCUEIL

DR. JENNANE Bouchra

Gynécologie-Obstétrique

Riad Ennakhl N° 4, immeuble A, Casablanca

Angle Av. Ennakhl Rue Elyazid Hay Riau-Kabir

Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 20 45 45

Le : 12/10/2020

ACCUEIL

DR. JENNANE Bouchra

Gynécologie-Obstétrique

Riad Ennakhl N° 4, immeuble A, Casablanca

Angle Av. Ennakhl Rue Elyazid Hay Riau-Kabir

Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 20 45 45

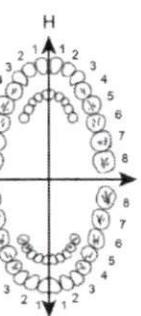
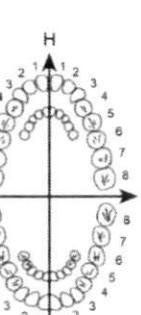
Le : 12/10/2020

ACCUEIL

| 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 Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| 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 canalaires, 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 PROTHÉSES DENTAIRES  | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 | G | | |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| B | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | |
| G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |

Dr. JENNANE Bouchra

Spécialiste en gynécologie - Obstétrique

Suivi de grossesses - Echographie 3D/4D
Accouchements - Chirurgie Gynécologique
Maladies du sein - Infertilité du couple
Endoscopie - Fécondation in Vitro

د. الجنان بشرى

اختصاصية في أمراض النساء والتوليد

متتابعة الحمل - الكشف بالصدى 3D/4D
التربيض - العراجحة بالمنظار الباطني
أمراض الثدي - جراحة الجهاز التناسلي
علاج عدم الروج عن - التلقيح الإصطناعي

RABAT LE, 12/10/2020

NOTE D'HONORAIRES N° : 2715/20

MOUADDAB EL ALAOUI ZINEB

| | |
|-------------|------------|
| Echographie | 350,00 DHs |
| TOTAL | 350,00 DHs |

Dr. JENNANE Bouchra
Gynécologie-Obstétrique
Résidence Riad Ennakhil, N° 4, Imm. A
Angle Av. Ennakhil, Rue Elyazidi Hay Riad-Rabat
Tél.: 05 37 56 66 35 / Urgences: 06 65 87 82 82

ARRETE LA PRESENTE NOTE D'HONORAIRES A LA SOMME DE :
#TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS#