

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

tique :

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.

entaire :

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

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° P19- 062483

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : <u>3026</u>	Société : <u>19311</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>BOUSSADAKA Mostafa</u>		
Date de naissance : <u>1917</u>		
Adresse : <u>mine</u>		
Tél. : <u>0661593736</u>		Total des frais engagés : <u>366 Dhs</u>

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

D. CHEHATI
Chirurgie Générale et Endocrinienne
Ancien Assistant au CHU de Lille France
Ancien Chirurgie à l'Hôpital M. Youssouf
Casablanca
Bd. Oum Kalthoum 2 GH1, Jardim Oum Rabia
2ème étage Oufita - Casablanca
NPF. n°0117603

Date de consultation : 25/11/2011

Nom et prénom du malade : _____ Age: _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Sinus pyrénoidal

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 : Case Le : 26/11/2011

Signature de l'adhérent(e) : Signature

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-062483

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 : 3026
Nom de l'adhérent(e) : BOUSSADAKA
Total des frais engagés : 366 Dhs
Date de dépôt : _____

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
25/11/2020	62	250DH		CHERIF LARBI, Chirurgie Générale et Endocrinologie, Ancien Assistant au CHU de Lille, Ancien Chirurgien à l'Hôpital My. Youssef Bd. Oum Rabii, Casablanca 2ème étage Oufita, Casablanca INPE : 091017608

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LES HOMMES GSM: 06 67 07 50 2000	25/11/2020	116,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
CLINIQUE VITALE			

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

881-8

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 d

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

H

25533412 21433552
00000000 00000000

D

00000000 00000000
35533411 11433553

G

B

G

B

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور العزيز زaitouni مولاي علي

Dr. CHERIF ZAITOUNI Moulay Ali

Chirurgie Générale et Endocrinienne

- Thyroïde (Goitre) - Surrénales - Parathyride

- Chirurgie de l'Estomac - Foie - Intestin et Vésicule Biliaire

- Coeliochirurgie

Ancien Assistant au CHU de Lille France

Ancien Chirurgien à l'Hôpital My Youssef

Casablanca.



الجراحة العامة وجراحة الغدة

- جراحة الغدة الدرقية (Goitre) الجار درقية

و جراحة الغدة الكظرية

- جراحة المعدة - الكبد - المرارة. الأمعاء

- الجراحة بالمنظار

طبيب جراح سابق بالمركز الإستشفائي بليل - فرنسا

طبيب جراح سابق بمستشفى مولاي يوسف - البيضاء

Casablanca, le :

25/11/2020

الدار البيضاء في :

M. Boussetta Aymen

116,00

①

Zemtli f. Seck

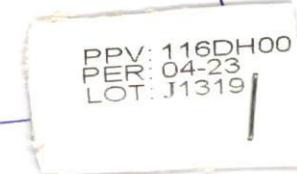
2

2020/11/18

PHARMACIE PARENT
Nadia GOURANI
234 El Lotissement Zoubeir
Groupe Addoha Oulfa - Casablanca
Gsm: 06 67 07 50 25



Dr. CHERIF ZAITOUNI Moulay Ali
Chirurgie Générale et Endocrinienne
Ancien Assistant au CHU de Lille France
Ancien Chirurgien à l'Hôpital My Youssef
Casablanca
Bd. Oum Rabii, E2 GH1, Jardin Oum Rabii
2ème étage Oulfa - Casablanca
Tél. : 0522 89 14 13 - GSM : 06 38 69 52 97



شارع أم الريبيع مجموعه H1، مدخل 2 الطابق الثاني حدائق أم الريبيع - الألفة - الدار البيضاء
الهاتف : 06 38 69 52 97 - 0522 89 14 13 - المحمول : 0522 89 14 13

Bd. Oum Rabii , E2 - GH1, Jardin Oum Rabii, 2ème Etage - Oulfa - Casablanca
Tél. : 0522 89 14 13 - GSM : 06 38 69 52 97