

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

- 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° W19-430818

52519



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03021

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BELHAJ EL Housseine

Date de naissance :

31/01/1958

Adresse :

REBNOUSSI - CASA

Tél. :

2625887548

Total des frais engagés :

1495

Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR HASSAN CHEFFI
Médecin Généraliste
Rue 23, N° 69, Hay El Qods en face
Mosquée Fatima Zahra - Sidi Bernoussi
CASABLANCA - Tél. : 022.73.78.51

2 DEC. 2020

Date de consultation :

19/11/2020

Nom et prénom du malade :

Mme BELHAJ ZAHRA

Age: 1965

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Acné

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 :

Le 21/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

belha

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
15/11/11	1702	22	15000	INP : 0910.020821 AN CHEF Généraliste LE 15/11/11 en l'absence M. Bérousi 022.73.78.51

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DE LA MUSIQUE</i>	<u>19/11/2018</u>	<u>545,00</u>

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																			
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées (List of treated teeth: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 in upper and lower arches)	Nature des Soins (List of treatment types: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)	Coefficient (List of coefficients: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)	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 style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H	G																		
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
D	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
					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"/>														

Docteur Hassan CHEFFI

Médecine Générale

Diplômé en Echographie
de l'Université de Montpellier

ن الشفی
عام

Lot N°: 0655
EXP.: 07/21
PPV.: 145DH50

شخص
امامة مونبلي

Lot N°: 0655
EXP.: 07/21
PPV.: 145DH50

Dr. CHEFFI El Hassan
Echographe
Rue 23, N° 69 Hay El Qods
Sidi Bernoussi - CASABLANCA

Casablanca, le 19.11.202

BELHAJ Zah

14523 5435

23, Rue 69 Hay El Qods Sidi Bernoussi Casablanca 10600, Maroc, C.C.E. 04032

EL JAMIL MOHAMMED TALUIK
PHARMACEUTICALS

El JAMIL MOHAMMED TALUIK
PHARMACEUTICALS

36,50 x 3 (Moi)
Amoxiol 600 mg

1 mg/j

36,70

36,70

le
Sri

36,70

au
Cancer

Traitement

Dr. CHEFFI El Hassan
Echographe
Rue 23, N° 69 Hay El Qods
Sidi Bernoussi - CASABLANCA

× 3 mois

زنقة 23 رقم 69 حي القدس (أمام مسجد للافاطمة الزهراء) سيدى البرنوصي - الدار البيضاء

Rue 23 N° 69 - Hay El Qods (en face Mosquée Fatima Zahra) - Sidi Bernoussi - Casablanca

الهاتف: 05 22 73 78 51