

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.

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.

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.

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

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- 065832
55102

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5628 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BIBLAT MUSTAPHA
Date de naissance : 06/12/1974
Adresse : Hay Hassan - CASA
Tél. : 06 72 71 59 36 Total des frais engagés : 52,20 - Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/12/2020
Nom et prénom du malade : FIKRI NAÏMA
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Lumbago
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 :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
14.12.2020	U		200 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14.12.2020	352,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

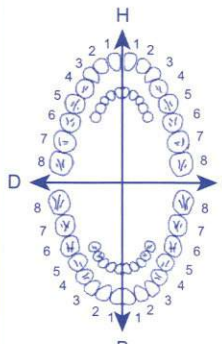
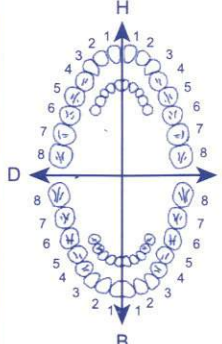
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
			DATE DU DEVIS	
			DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Rachida Houmid Bennani

Doctorat d'Etat en Médecine

Diplômée en Médecine du Sport (France)

Echographie- Electro Cardiogramme

Nutrition - Diététique Sportive

Maladies Métaboliques - Obésité - Diadète

Gynécologie Médicale - Examen Prénuptial

Suivi de Grossesse

الدكتورة رشيدة جوميد بناني

دكتوراه الدولة في الطب

حائزة على شهادة الطب الرياضي بفرنسا

الفحص بالصدى - تخطيط القلب

الحمية - التغذية الرياضية

أمراض الأيض - السمرة - مرض السكري

الطب النسائي - فحص ما قبل الزواج

مراقبة الحمل



Casablanca, le 14.12.2020

FIKRI NAIMA

Pharmacie
N° 022 90 100 - CASA
Name: FIKRI NAIMA

LOT: 1211
UT.AV: 05-23
PPV: 36DH40

MB763 0623
LOT PER
Prix 99.00

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V: 53DH10
LOT: 20E014
PER: 03 2023
6 118000 060833

BECIDOUZE® 20 dragées
PPV 35DH10 EXP 09/2023
LOT 06008 3

CADELIUS 600 mg/1000 U
Calcium / Cholécalcérol (Vitamine D)
Comprimés orodispersibles. Boîte de 30

PPV: 128,70 Dhs

6 118001 440061

Boulevard Sidi Abderrahmane, Derb El Houia, Bloc 208 - N° 85 Hay Hassani - Casablanca - Tél.: 05 22 90 23 81
شارع سيدي عبد الرحمن، درب الحوية بلوك 208 رقم 85، الحي الحسني - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 90 23 81

E-mail: bennanihoumid.rachida@gmail.com