

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

Nº M20- 0005017

55674

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

1987

Société :

RAO

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ZNIBER

Mohamed

Date de naissance :

9-5-50

Adresse :

Res. FL Remond 3 Imm. 6 Bd. de la Croix

Centrale Andalous

Tél. :

0661340218

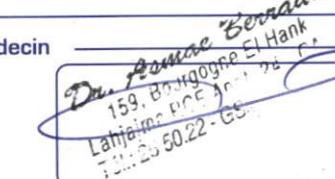
Total des frais engagés :

283

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

15/01/2021

Nom et prénom du malade :

ZNIBER Bencha

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Langue

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) :



Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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 Parfaitement des Actes
15/11/21	Acte	0	100,00	<i>Dr. Aymar Bourgogne et al. 159, Boulevard de la République Lahaina, 82220 GE Tél. 05 22 50 22 46</i>
2021				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE ONYX L'Orchard du Moulin 66, rue Abderrahmane Ben Youssef - 33000 BORDEAUX Tél. 05 56 73 05 22 - CASABLANCA - A</i>	15/11/21	133,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

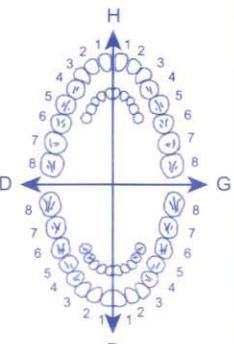
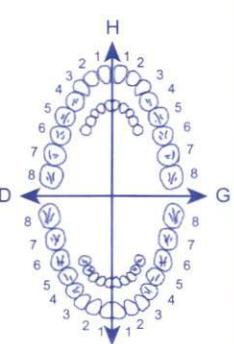
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
				<input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient DES TRAVAUX
	H	21433552		<input type="text"/>
	D	00000000		<input type="text"/>
		35533411	11433553	<input type="text"/>
	B			<input type="text"/>
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				<input type="text"/>
				<input type="text"/>
				<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS				
				<input type="text"/>
DATE DU DEVIS				
				<input type="text"/>
DATE DE L'EXECUTION				
				<input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Asmae BERRADA

Médecine Générale
Diplôme Universitaire de Gynécologie Medical
de la Faculté de Bordeaux
Stérilité et Fécondité du Couple
Colposcopie
Echographie Générale
Electrocardiogramme

الدكتورة أسماء براادة

الطب العام

دبلوم جامعي في طب النساء من جامعة بوردو

علاج عقم الزوجين

فحص عنق الرحم بالمنظار

الفحص بالصدى الصوتي

التخطيطات القلبية

15/01/2021

Casablanca, Le :

الدار البيضاء في :

Mme Zniber Bouchra

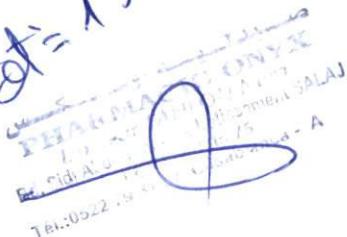
14100
DOLIPRANE 1 g
1 comprimé, 3 fois par jour



69,-
DOCI VOX
Ipastille .3 j



60,50
CURTEC 10 MG
1 comprimé le soir au coucher, pendant 7 jours



Dr. Asmae Berrada
159, Bd Bourgogne
Lahjajma - Casablanca
Tél: 05 22 26 50 22 - GSM: 06 61 71 86 72
Fax: 05 22 26 50 22