

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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : 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° M20- 0003799

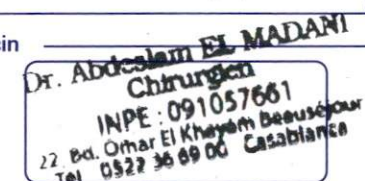
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1482 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : el Kamfoud Najat
 Date de naissance : 04/05/1969
 Adresse : Rue 1 HAY ANNAJIM AIN DIAB Casablanca
 Tél. : 0660 391614 Total des frais engagés : 469 / 70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : el Kamfoud Najat Age:
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Abs pour alder
 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 : Casablanca Le : 28/02/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
11.09.20	CS		450,00	<p>Bd. Sidi Abdellah</p> <p>Tél : 05 22 39 71 19</p> <p>Dr. Abdelhamid EL MADANI</p> <p>Chirurgien</p> <p>INPE 091057681</p> <p>22, Rue Omar El Khatem Beauséjour</p> <p>Tel. 0522 36 89 00 Casablanca</p>
11.09.20				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE POLYCLINIQUE</p> <p>Dr. TIR Abdelaziz</p> <p>Route Mly Thami Hay Hassani</p> <p>Tel. 0522 90 21 67 Casa</p>	11.09.20	19.20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

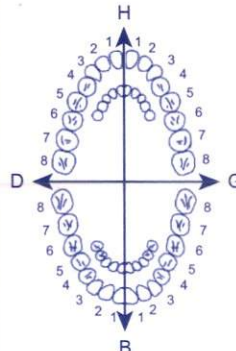
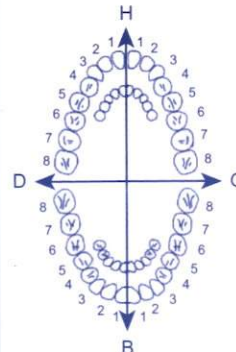
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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



مصحة الياسمين

Clinique Yasmine



090004029

Casablanca Le: 11/09/2022

Facture N° 6227/22

Etablie par HAJAR RECEPTION Page 1/1

Identification

N° Dossier : X2I114750

N° Identifiant : 22094494/22

Nom & Prénom : EL KANFOUD NAJAT

C.I.NIB96676

Date Début :

11/09/2022

Date Fin: 11/09/2022

Adresse : HAY NASSIM RUE 01 VILLA NR 24 AIN DIAB

Traitement : Consultation

Médecin : EL MADANI ABDESLAM

Prestations

Qté Prix U. L.C. Coef Montant

SEJOUR

Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
Frais clinique	1	50,00			50,00

Total Rubrique : 50,00

PARTIE CLINIQUE :

50,00

HONORAIRES MEDICAUX

Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
Dr. EL MADANI ABDESLAM(CHIRURGIE GENERALE)	1	400,00			400,00

Total Rubrique : 400,00

PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:

400,00

Encaissement :

TOTAL FACTURE 450,00

Espèce :	Chèque :	Solde :
		450,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Quatre cent cinquante Dirhams

Cachet et signature





مصحة الياسمين

Clinique Yasmine

Dr. Abdeslam EL MADANI
Chirurgien
INPE : 091057661
22, Bd. Omar El Khayam Beauséjour
Tél. : 0522 36 69 00 - Casablanca

Dr. M. A. W.

N. Kanfoush Nafet

1970 Algérie 2007

1 - 1 (SV) - 1

PHARMACIE POLYCLINIQUE
Dr. TIR Abdelaziz
58, Route Mly Thami Hay Hassani
Tél: 0522 90 21 67 Casa

CLINIQUE YASMINE
Bd. Sidi Abderrahmane
Tél : 05 22 39 69 60 - Fax : 05 22 39 71 19

Dr. Abdeslam EL MADANI
Chirurgien
INPE : 091057661
22, Bd. Omar El Khayam Beauséjour
Tél. : 0522 36 69 00 - Casablanca



090004029