

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 :

- Optique :** Vérification du rendez-vous de l'opticien et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation

- Reéducation :**

 - 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloger Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

Nº W21-763314

14
134368

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin	EL BOUHRAJAA Médecin Spécialiste CHU Ibn Rochd Casablanca
Date de consultation	24 OCT. 2022
Nom et prénom du malade :	Dr. Ioucine Nour
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	Rhume
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plicatif à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.	

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	
23-08-22	GS	G	G	INP : 0990544444 DR. EL BOUHRI RAJAA	
EXECUTION DES ORDONNANCES					
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture			
Ordre Beni Amor Casablanca N°05 22 59 23 15 PHARMACEUTIQUE BOUTOURA UNIVERSITAIRE CENTRE HOSPITALIER	23/08/22	00184839600002	UNIVERSITAIRE BOUTOURA	PHARMACEUTIQUE CENTRE HOSPITALIER	
	03/08/22	03,60		INP 1021038311	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES					
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	

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 [Empty box]	Nature des Soins [Empty box]	Coefficient [Empty box]	INP : <input type="text"/>																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
				MONTANTS DES SOINS																					
				DEBUT D'EXECUTION																					
				FIN D'EXECUTION																					
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: none;">D</td> <td style="border-top: none;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				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																								
	MONTANTS DES SOINS																								
DATE DU DEVIS																									
DATE DE L'EXECUTION																									



Hôpital sans Tabac
Fumer tue

الجامعة ابن رشد
Centre Hospitalier Universitaire
1953 غشت 20
Hôpital du 20 Août

المملكة
ووزار



مستع

17,50
L.O.T. K11554
P.E.R. 06/24
P.P.V. 17DH50
PARACETAMOL
PEDIATRIQUE

Deli.

Docteur : DR. EL BOUHRAJAA
CHU Ibn Rochd Casablanca

Mme Ch. Nour

89,00

Al Aziz

A dose au poils /j/ 4-3:



PPV: 80DH
PER: 07/23
LOT: J2038

17,50

Dr. El Bouhrajaa

DR. EL BOUHRAJAA

A dose au poils & fleurs.

7,50
97,50

DR. EL BOUHRAJAA
CHU Ibn Rochd Casablanca

UNIVERSITAIRE HOSPITAL
PRIMARIO CENTRE HOSPITAL
Tél.: 05 22 48 30 30 / 31 / 32 / 33 - Fax : 05 22 27 94 07
Ouled Ben Ali
Noureddine
Cassimane
Bouskoura
Bouskoura
Bouskoura
Bouskoura
Bouskoura