

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

M22- 0019231

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6164 Société : RAM 135523
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL IDRISSI Hayat
Date de naissance : 28/10/1962
Adresse : 308 Mohamed VI allée de la Casablanca Apt 10
3ème étage Houtanville Casablanca
Tél. : 0665998953 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Docteur Oussama SENHAJI
223, Bd. Abdelmoumen
Casablanca
Tél. : 022 20 50 68
Date de consultation : 26/10/2022
Nom et prénom du malade : Hayat EL IDRISSI Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Prurit
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 26/10/2022
Signature de l'adhérent(e) : Hayat EL IDRISSI

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
26/10/22	C.S		250,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourbisseur

Date

Montant de la Facture

26/10/22 233,50

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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

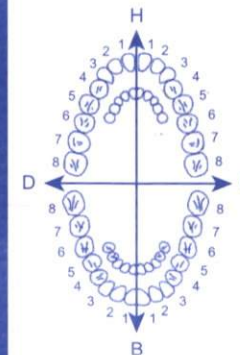
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

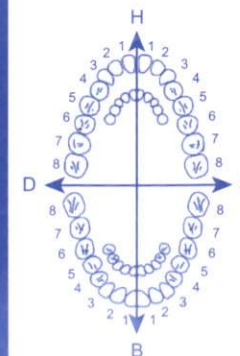
[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

ZINASKIN® 45 mg

NCL-B

F

ZINASKIN® 45 mg

PPV 40DH90 EXP 12/2024
LOT 18066 88

PPV 50.60 DH
LOT F618 PER 06/25

PPV 40DH90 EXP 12/2024
LOT 18066 88

الدكت

خريج ك

إختصاص

جراحة

جراحة الغدة الدرقية والجهاز التناسلي للمرأة

طبيب مساعد بالمستشفيات الفرنسية

رئيس قسم الجراحة بالمستشفيات العسكرية

20 comprimés effervescents

Ancien chef de service de chirurgie

hôte

imés enrobés

comprimés effervescents

LOT : M0820
PER : 07/2024
PPV : 57, 10DH

LOT : 1525
PER : 07-25
P.P.V. : 22 DH 00

26/10/22

LOT : 1525
PER : 07-25
P.P.V. : 22 DH 00

حساسية

Dr. ELIDrissi Hayat

- Anapred 20 2 cp/j

5910 2 cp/j

2900 Clartec 10mg 1 cp/j

6090 Zinastin 1 cp/j

- Pnci-B. fort 1 cp/j

5060 1 cp/j

23350

223, Bd Abdelmoumen - Casablanca - Tél.: 05 22 20 50 68 : الهاتف - الدار البيضاء - شارع عبد المومن - 223

EN CAS D'URGENCE GSM : 06 61 15 63 62 : في حالة استعجال الموصول

Dr. Chissama SIENNAJI
223, Bd. Abdelmoumen
Casablanca
Tél.: 022 20 50 68
PHARMACIE MERIEUX
311, Bd. Abdelmoumen
Nouveau Merieux
Tél.: 05 22 66 05 70