

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 signée 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 traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire pour toute demande de remboursement.
- La facture de la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-stomatologique obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection à 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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-708974

par courrier

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 1380 Société :			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL KHALIER Abdellah			
Date de naissance :			
Adresse : 55 INARA 1 28810 Mohammedia			
Tél. 06 61 22 87 81 Total des frais engagés : 367,40 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 28/10/2022			
Nom et prénom du malade : Dr. Soufia Ben Abdellah			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : ostéoporose			
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 : Mohammedia Le : 28/10/2022			
Signature de l'adhérent(e) :			

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

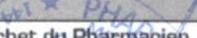
N° W21-708974

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1380
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés : 367,40
Date de dépôt :

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
21/10/2022	CS		280,-	INP : 011295710

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/10/22	87,40.

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

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



المحمدية
MOHAMMEDIA

وصفة
ORDONNANCE

le 28/10/2022.

Sadry Nasiba

Colligae nephrite que

droite

↳ prière de faire

une E cho graphie
réinale



وصفة ORDONNANCE

PPV : 87DH40
PER : 05/25
LOT : L1560-3

le 28/10/2022

Sadry Nossiba

1) Inexium Dongy
lematina'jein

87,40.-
2) C 0x 1 longue
291 J pdt 03 jours

8

FACTURE N° N° 00101

FACTURE N° N° 00101

POLYCLINIQUE DE LA SECURITE SOCIALE.....
 ADRESSE:.....
 TEL:..... FAX:.....
 RDV:.....

INPE:.....
 ICE:.....
 IF:.....
 COMPTE BANCAIRE:.....

SERVICE.....

DATE D'ENTREE:.....
 DATE DE SORTIE:.....

TIERS PAYANT:.....

REF TIERS PAYANT (n° immatriculation, matricule,
 CNIE,etc)

N° SEJOUR:.....

DESTINATAIRE:

MALADE
 NOM ET PRENOM: SAID R Y
 QUALITE: NASSIBA

ASSURE
 NOM ET PRENOM:.....
 ADRESSE:.....

DATE NATURE DE LA PRESTATION

LETTRE Clé	Nbre	P.U	Montant	TIERS PAYANT		PART DU MALADE	
				%	Montant	%	Montant

28-10-22 C + Ech

120,00

TOTAL: 120,00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE

ETABLIE PAR:

SAISIE PAR:

CONTROLEE PAR:

SERVICE D'IMAGERIE MEDICAL
RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE- ECHOGRAPHIE DOPPLER
MAMMOGRAPHIE

LE : 28-10-2022

NOM DU PATIENT N° : SADRY NASSIBA

ECHOGRAPHIE RENALE :

- Les reins sont de taille normale de contours réguliers, bien différenciés sans calcul nettement visible.
- Les cavités pyélo-calicielles ne sont pas dilatées.
- Vessie semi pleine à contenu transsonore

CONCLUSION :

Echographie rénale sans particularités.



POLY CNSS MOHAMMEDIA SADRY, NASSIBA
28/10/22 10:00:18 ADM 281022-092128

MI 1.2 Tls 0.6 4C
Abdomen

FR
AO% 100

