

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° M21- 048354

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2352 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL COUHEN HASSAN
 Date de naissance : 12.02.53
 Adresse : 25 Avenue El Hassan N° 1 - Assouan
 Tél : 06 03 16 09 29 Total des frais engagés : 1200 Dh

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **DR. HASSAN EL FILALI ADIB**
 Cardiologue Interventionnelle
 120, Bd. My Idriss 1er - Résidence My Idriss
 2ème Etage - N° 4 CASABLANCA
 Tél: 0522 80 20 74 - Fax: 0522 80 20 78
 Date de consultation : 25/11/2022
 Nom et prénom du malade : EL COUHEN Hassan
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : **Detresse Respiratoire**
 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 : 25/11/22
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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
25/11/2022				Dr. Hind ESTHERIA ABU Cardiologue Cardiologue Interventionnelle 120, Bd. My Idress 1er. Résidence My Idress 2046 Elago - N° 4 CASABLANCA Tel: 0522 86 50 74 - Fax: 0522 86 20 78 ICE: 001625037000091

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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	
Sté FAIZA ASSISTANCE SARL 11 Jan 2022 11 Eto: Casablanca Tel: 06 31 39 28 73	25/11/2022					1200 DH

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 canalaires, 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></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																
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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



FAIZA ASSISTANCE

ASSISTANCE MEDICAL

FACTURE N°: 024/2022
DATE : 26/11/2022

Sté FAIZA ASSISTANCE SARL
75 Bd 11 Janvier Appt 169
1^{er} Etg - Casablanca
Tél: 0614 49 28 73

Client :
ICE :
Nom de Patient : Hassan El couhen
CIN :

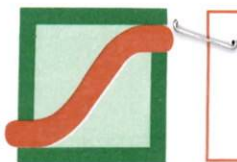
FACTURE

Qté	Description	Prix unitaire	TOTAL H.T
1	Transports médical avec oxygène 10b/l aller : Date : 25/11/2022 * De Mansouria mohammedia vers Clinique dar salam Casa.	1000,00	1000,00
		Sous-Total	1000,00
		TVA 20%	200,00
		Total T.T.C	1 200,00 MAD

Arrêtée la présente facture à la somme de

MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

Sté FAIZA ASSISTANCE SARL
75 Bd 11 Janvier Appt 169
1^{er} Etg - Casablanca
Tél: 0614 49 28 73



مصحة دار السلام
CLINIQUE DAR SALAM

Casablanca, le 25/11/2022

M^r EL COUGHEN MAMAM

Detresse Respiratoire aigue,
mercesite un Transfert en urgence
en ambulance avec oxygene.

Dr. Hind El Filali Adib Ep. Meun
Cardiologie
Cardiologie Interventionnelle
Echographie Cardiaque - Ecocardiographie
Readaptation Cardiaque
Tel. : 06 36 13 68 61

URGENCES 24/24 مستعجلات