

POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES RETARDS

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- N° 004639

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 01697

Société : RAOT

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BELBEIDA MOHAMMED

Date de naissance : 01/01/1955

Adresse : DOSS EL HANA N° 27 NEZI PASA

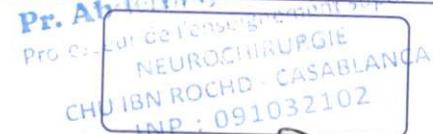
BP 12614 HAY HASSEN CASA

Tél. : 06 67 22 68 73 Total des frais engagés : 423

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/03/2023

Nom et prénom du malade : EL HABIBI FAJIRY Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

SCALIGNE

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 : CHS

Signature de l'adhérent(e) :

11 AVR 2023

MUPRAS

ACCUEIL

Autorisation CNDP N° : A-A215 / 2019

REQUETE POUR LA PAIEMENT DES HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Suffisance	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
16.03.23	()	✓	350,00	ABUSIVE SURCHARGE D'ANESTHÉSIE SURGIE EXPLANCIA 02

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie SOULASCHIM EP. Lyon - France - Tel.: 05 22 35 00 00</i>	16/3/23	53,10

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																	
<p>Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.</p> <p>Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.</p>																	
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412	21433552														
	D	00000000	00000000														
	G	00000000	00000000														
	B	35533411	11433553														
					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																	



جامعة ابن رشد

Service Consultation

Reçu N° 0002512

Nom du patient : EL HELLALI FATHA

Age : 22

Tél :

Date : 16/03/23 Heure :

Organisme :

Medecin : Dr. CHELLAOUI

Nature de l'acte : S

Acte Complémentaire :

Prix : 315

Avance :

Reste :

Reçu par :

Pr. Abderrahmane CHELLAOUI
Procteur et conseil en enseignement supérieur
NEUROCHIRURGIE
CHU IBN ROCHD CASABLANCA
INP 1091032102

Signature

Clinique Al Amane



مصحة الأمان

Casablanca le 16.03.23

el natali fatima

53.10

1

relaxol



2 - 2 - 2

si hevea

صيدلية صوفيا
Pharmacie SOPHIA
Mme. Benbrahim Ep. Slaoui
214, Boulevard Ibnou Sina
Casablanca - Tél.: 05 22 36 01 60

Procurer et conseiller au patient
NEUROLOGIE
CHU IBN ROCHD - CASABLANCA
INP: 091032102