

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° W21-773547

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1899 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Attou Ni che

Date de naissance :

Adresse : Bx B. Chaud CAS

Tél. : 060644030 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتورة نوال وحييد
Docteur NAOUAL WAHID
Spécialiste en Anesthésie
Réanimation
INPE 091026005

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Asthme à trouble limit des reins

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
03/03/23	voir la facture		400.00	

DOCTEUR NAOUAL WAHLE
 Spécialiste en Anesthésie
 Réanimation
 INPE 091026005

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
 ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

20123

69,60

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

AM

PC

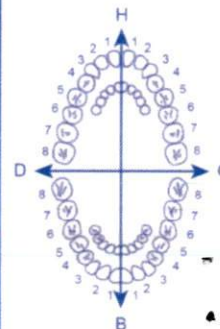
IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

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

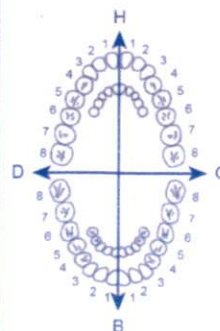


O.D.F
 PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
 MASTICATOIRE

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

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



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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

PHARMACIE OULMES CASA
S.A.R.L.A.U

Angle Bd Ghandi et Yacoub
El Mansour - Casablanca
Tél: 0522 36 08 06

Océanic Clinic
STADE ONCORAD

26 03/03/23

Chm Zahra Aicha

20,90

- 1/ vit D Bon 200 000 UI
1 ampoule à prendre le

48,20 matin

2/ Urimag B6
1 sup & 21 j

- 3/ vit C 100 a suen Biiphan.

69,60

الدكتورة نوال وحيد
Docteur NAOUAL WAHID
Spécialiste en Anesthésie
Réanimation
INPE 091026008

شارع سيدي عبد الرحمن، زاوية زنقة سجلماسة، حي الهناء، الدار البيضاء، المغرب
Boulevard Sidi Abderrahmane, Angle rue de Sijilmasa, Hay El Hana, Casablanca - Maroc
☎ (+212) 5 22 39 69 60 / 61/62/63/64 ☎ (+212) 5 22 39 71 19 @ contact@oceanicclinic.ma



090004029

Membre du
réseau de
cliniques

Oncorad
Groupe



مصحة الياسمين

Clinique Yasmine



090004029

Casablanca Le : 03/03/2023

Facture N° 1989/23

Etablie par JAWHARA Page 1/1

Identification

N° Dossier : X3C031444

N° Identifiant : 23031535/23

Nom & Prénom : LAHLOU AICHA

C.I.NB109412

Date Début :

03/03/2023

Date Fin : 03/03/2023

Adresse :

Traitement : Consultation

Médecin : BERRADA J+FARIK J+WAHID NAWAL

Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
SEJOUR					
Frais clinique	1	100,00			100,00
Total Rubrique :					100,00
PARTIE CLINIQUE :					100,00
HONORAIRES MEDICAUX					
Dr. BERRADA J+FARIK J+WAHID NAWAL(ANESTHESISTE REANIMATEUR)	1	300,00	-		300,00
Total Rubrique :					300,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:					300,00
Encaissement :					TOTAL FACTURE 400,00
Espèce : 100,00	Chèque :	Solde : 300,00			

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Quatre cents Dirhams



Cachet et signature

Jerry Labo

92