

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

M23-0021510

- Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3187 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : BENSMAIL HAMID
 Date de naissance : 1-7-51
 Adresse :
 Tél. 0661664836 Total des frais engagés : 845.12 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 25/09/2023
 Nom et prénom du malade : Ben Smail Hamid Age:
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Néoplasie
 Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : Néoplasie Colique
 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 : 25/09/2023
 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
25/02/2023	CSLT		7300,00 P.H.	Dr. Houda BENTEL Oncologie - Radiothérapie 9, Av 2 Mars et Bd Victor Hugo Rés. Les Roses 1 ^{ème} Etage N° 21, Casablanca - Tél: 0664 49 75 72 INPE 091151894

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ALPHARDAOUS Ensemble Immobilier ALPHARDAOUS N° 1 Oulfa GH 15 Im A 80 N° 1 Hay Hassani - Casablanca Tél: 0522 93 30 25	09/10/23	545,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

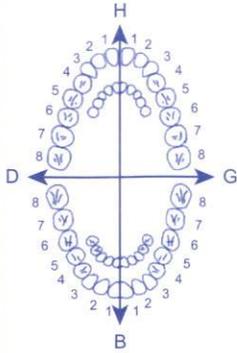
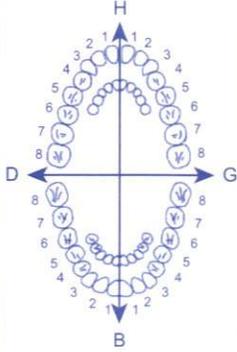
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th colspan="2"></th> <th>B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	D			B	00000000	00000000	35533411	11433553		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
	D			B																
	00000000	00000000	35533411	11433553																
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																	
			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

Unité d'Oncologie
Radiothérapie

Casablanca, le 2/10/2023

Dr. Houda BENJELLOUN
Oncologie - Radiothérapie
49, Av. 2 Mars et Bd Victor Hugo Rés Les Roseaux
4ème Etage N° 21, Casablanca - Tel: 0664 49 75 73
INPE 091151894

PHARMACIE TAMAI
Ensemble Immobilier
A EL BOUSS
GH 15 IR A BOUSS
Hay Hassani Casablanca
Tel: 521 91 20 25

2x 255,00
11 A-lyse

75 x 2 b
pour 03 mois

21 Teguma
35,10

31 Becidouze

PHARMACIE TAMAI
BECIDOUZE® 20 dragées

PPV 35DH10 EXP 06/2024
LOT 2D003

Ts 545,10

Dr. Houda BENJELLOUN
Oncologie - Radiothérapie
49, Av. 2 Mars et Bd Victor Hugo Rés Les Roseaux
4ème Etage N° 21, Casablanca - Tel: 0664 49 75 73
INPE 091151894

Lot.: 22T285

Exp.: 11.2025

PPV: 255DH00



Lot.: 22T284

Exp.: 11.2025

PPV: 255DH00

