

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-817241



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 93041		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre
Nom & Prénom : EL HADY MERIEN YOUSSEF BENALI ABDELLAH		
Date de naissance : 01/01/1941		
Adresse : Habatuelle		
Tél. : 191951		
Total des frais engagés : Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/01/2024

Nom et prénom du malade : EL HADY MERIEN YOUSSEF BENALI ABDELLAH Age:

Lien de parenté : lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : D'effusion USP maladie

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 : 24/01/2024

Signature de l'adhérent(e)



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
23/01/2024	CV		200,00	INP INPE:111086427 Dr. KOUAM EL HASSANE PHYSIOTHERAPEUTE 17 Avenue Ibn Khaldoune El Jadaa

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA VICTOIRE Mr. Ibtissam AMOURY La Victoire - El Mouilla 123 39 01 96 112038765	23-01-24	218.90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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	INP : <input type="text"/>																		
					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 style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <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 colspan="2"><hr/></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 colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>B</td><td></td></tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																							
25533412	21433552																						
00000000	00000000																						
<hr/>																							
D	G																						
00000000	00000000																						
35533411	11433553																						
<hr/>																							
B																							
					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

مركز التشخيص لأمراض الجهاز التنفسي و أمراض النوم (الشخير) CENTRE D'EXPLORATION DES MALADIES RESPIRATOIRES ET DU SOMMEIL

Docteur Kouam El Hassane

Pneumophtisiologue

Diplômé de l'Université de Bruxelles



- Spécialiste des Maladies des Poumons et des Voies Respiratoires
- Tuberculose, Asthme, Allergie Respiratoire
- Exploration Fonctionnelle Respiratoire
- Bronchoscopie
- Gazometrie
- Polygraphie et Polysomnographie

الدكتور قوام الحسن

اختصاصي في أمراض الصدر
خريج كلية الطب ببروكسيل

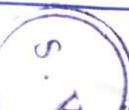
- داء السل، الضيق، الحساسية
- فحص الوظيفة التنفسية
- الكشف الداخلي للرئة
- قياس خزان الدم
- اختبارات النوم

El Jadida, le 23/01/2024
الجديدة. في.....

EL JADIDA MEDICAL

19,20

PPV simple 200



109,20

1 gcf x 31 j



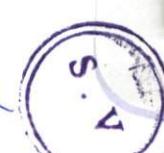
39,50

GIP R 25 mg



69,00

Filmurine

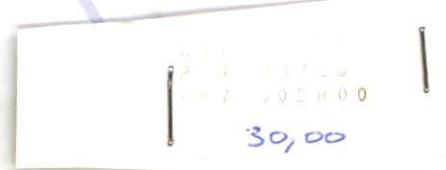
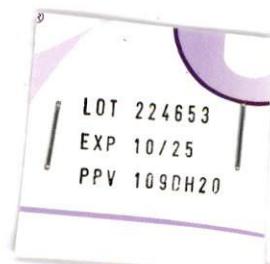
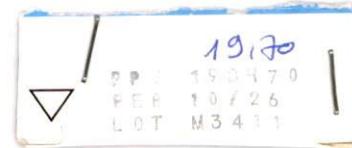


218,90

Voltzine



PHARMACIE LA VICTOIRE
Ibtissam AMOURY
55, La Victoire - El Mouilha
Tél: 05 23 35 46 56



Dr. KOUAM EL HASSANE
PNEUMOPHTISIOLOGISTE
47, Avenue Ibn Khaldoune
Tel: 05 23 35 46 56 - El Jadida

47, شارع ابن خلدون أمام ملعب كرة المضرب و حدائق سبيني - الجديدة - الهاتف : 05 23 35 46 56
47, Avenue. IBN KHALDOUNE (En face Club de Tennis) - El Jadida - Tél : 05 23 35 46 56