

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.



Complément

Déclaration de Maladie

M22- 0009925

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5745 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre : A96020
 Nom & Prénom : Laguerad Aicha
 Date de naissance : 28-07-59
 Adresse : 94, lot Bouchra Sidi Naarouf Casa
 Tél. : 0672763516 Total des frais engagés : 2278,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Complément
 Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : FRIOUJ Fouheir Age: 59
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : Signature de l'adhérent(e) : Laguerad Le : / /

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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

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

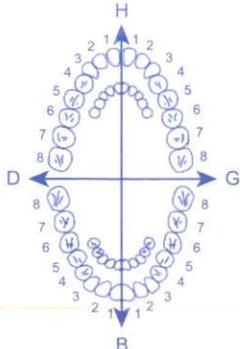
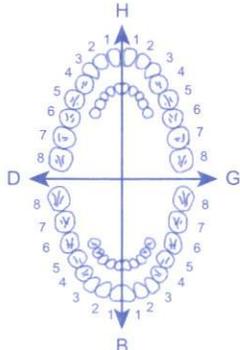
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>											
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H														
		25533412 00000000	21433552 00000000													
		D	G													
		00000000 35533411	00000000 11433553													
B																
				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



Quittance De Remboursement
Maladie Maternite

Société : STE SOREAD N° de sinistre : 93807601
Contrat n° : V80580100 / 00 N° dossier : ab65447
N° d'affiliation : 86 Réf dossier : ab65447
Matricule Société : 0 Date de survenance : 01/12/2023
CIN : CCC Date de traitement : 05/02/2024
Assuré : ZRIOUI ZOUHAIR Date de remboursement : 05/02/2024
Bénéficiaire : ZRIOUI ZOUHAIR Code agence : 0-

Nature des prestations	Dépense réelles en dhs	Base de remboursement	Coef (nbre)	Taux en %	Remboursement autre Cie	Remboursement AXA
MEDICAMENTS	2 278,50	2 278,50	0	85.00	0,00	2 164,57
	2 278,50	2 278,50			0,00	2 164,57

Observations :

Informations :

À remplir par le Médecin

Renseignements concernant le patient

Nom du patient : Prénom(s) du patient :

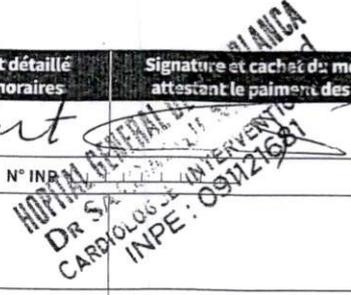
Date de naissance : Lien de parenté avec l'assuré(e) :

Nature de la maladie : *Cardiopathie ischémique*

S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause :

Fait à : le

Détail des soins (à remplir par le Médecin)

Date des actes médicaux	Nombre d'actes	Nature et coefficient	Montant détaillé des honoraires	Signature et cachet du médecin attestant le paiement des actes
<i>01/12/23</i>		<i>CS</i>	<i>600</i>	
N° ICE		N° INP		

Exécution des ordonnances (à remplir par le Pharmacien)

Date de l'ordonnance	Montant de la facture	Cachet du pharmacien attestant le paiement de la facture
<i>01/12/23</i>	<i>2278,50</i>	
N° ICE		N° INP

Exemplaire à conserver par l'assuré



المستشفى العام للدار البيضاء
Hôpital Général de Casablanca
آزهار - بئر النوصي | E. QHΘZE.
Azhar - Bernoussi

12. 2023

CARDIO²⁰₂₀
HÔPITAL GÉNÉRAL DE CASABLANCA

DR ZRINI Zouhair

270,00 x 3 SV
 1/ Complévit x 165,50 x 3 SV
 2/ ATACOL 16 123,60 x 3 SV
 3/ Maxin 40 79,00 x 3 SV
 4/ Talon 10 72,00 x 3 SV
 5/ Detend 10 49,40 x 3 SV
 6/ Vitep SV
 1.8278.50

PHARMACIE FLEURS D'ORANGERS
 17, Avenue des Frangères - Al Sebba
 Casablanca - Tél: 05 22 34 38 88
 27000 Azhar

HÔPITAL GÉNÉRAL DE CASABLANCA
 DR. ZRINI MOHAMED
 CARDIOLOGUE INTERVENTIONNEL
 091121681

URGENCES ²⁰₂₀
 PRISE DE RENDEZ-VOUS

 Sidi Bernoussi, AL AZHAR, 20620, Casablanca - Maroc
 Tél. : 05 22 76 09 09 - contact@hgc.ma - www.hgc.ma
 Hôpital Général de Casablanca S A - Patente : 37155263
 RC : 544247 - IF : 52470420 - ICE : 003083433000081