

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

- 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 Aïlal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlal 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° W19-592820

198646

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5111 Société : Non

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : KABBA'S Makima

Date de naissance :

Adresse :

Tél : 066 44 00 59 Total des frais engagés : 854,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/01/2024

Nom et prénom du malade : Dr. Boujelal Touba Age :

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

Nature de la maladie : HTA

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 : 02/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

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
02 / 04	C3			INF : INPE: 0911300
30.04				

INP : INPE: 091130013

EXERCUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacieur ou du Fournisseur	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE DU PLATEAU 16, Avenue du Plateau 94500 La Plaine St. Maurice Tél : 01 20 28 28 28 Fax : 01 20 28 28 28</p> <p>22/01/24</p> <p>854,50</p>	

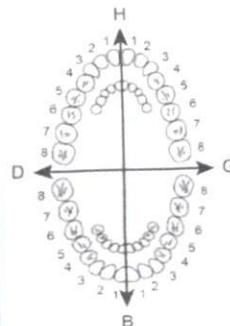
[illegible]

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

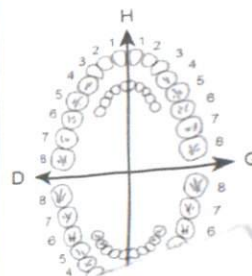
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP : _____

[illegible]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</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>B</td> <td></td> </tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
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

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

ESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mostafa Skalli

Spécialiste des Maladies
du Cœur et des vaisseaux
ECHOGRAPHIE - DOPPLER
EPREUVES D'EFFORT - HOLTZER

Ancien Enseignant
à la Faculté de Médecine
de CASABLANCA

الدكتور مصطفى الصقلي

إختصاصي في أمراض القلب و الشرايين
الفحص الألي للقلب و العروق

أستاذ سابقا بكلية الطب
والمعهد الصحي الجامعي ابن رشد
بالدار البيضاء

Casablanca, le 02/11/2024 في الدار البيضاء،

Dr. Brahim Roudani Hakim

1) Cœur N°4 1 of 2

134,30 x 4

2) Bifurc N°3 2 of 2

38,80 x 3

3) Aorte N°4 1 of 2

48,40 x 4

total = 854,150

Docteur Mostafa SKALLI
CARDIOLOGUE
400, Bd. Brahim Roudani - CAS. B.
Tél. C. 022 23 17 41 - Fax: 022 23 17 41
GSM: 06 61 13 22 53



400, شارع إبراهيم الروداني (إقامة الروداني) - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 23 17 41

400, Bd Brahim Roudani (Résidence Roudani) - Casablanca

المحمول: 06 61 13 22 53 - GSM - Tél. C: 05 22 23 17 41 - E-mail: mostafaskalli@gmail.com

49/140

x4ced

39,90 x3ced

756 662 10 19

x4ced

LOT : 230336
EXP : 02/2026
PPV : 134,30DH