

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W21-822012

202610

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5372 Société : RETRAITE
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE
 Nom & Prénom : GHOZLANI NOUR DINE
 Date de naissance : 21/03/1954
 Adresse : Lot 21 Lotissement HAJ FATEH
 Tél : 0669180900 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR EL MOUTAQAKIL HANAA
 Rhumatologue
 Bd Mohamed Bouziane, Rés Farhatine
 Imm 9, Apt 9, 3ème Étage Sidi Othmane
 - Casablanca -
 INPE : 061318630

Date de consultation : 11/03/2024
 Nom et prénom du malade : BOUBRIK Amine Age : 54 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Capsulite rétrochiale
 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 : 18/04/2024

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration

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
11/03/24	Cs		250 DH	INP : 061318630
11/3/24	Infiltration épaulle Dte		400 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11.03.24	218,60

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				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	PM	IV	
	14/03/24	30 AM	1 PC	30 PM	1 IV	6000 DH
	Dents N° 030764					

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 canaux, 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <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 colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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															

DR HANAA EL MOUTAOUKIL

Rhumatologue

Maladies des os et des articulations

Pathologies de la colonne vertébrale

Rhumatismes - Arthrose

Ostéoporose - Goutte

Echographie ostéo - articulaire

Rhumatologie interventionnelle - Mésothérapie

Biothérapie



الدكتورة هناء المتوكل

طبيبة اختصاصية في أمراض العظام و المفاصل

أمراض العظام و المفاصل

أمراض العمود الفقري

أمراض الروماتيزم

الهشاشة - النقرص

الفحص بالصدى

حقن المفاصل

العلاج بالأدوية البيولوجية

CASABLANCA LE

11/03/2024

Mme BOUBRIK Amina

20,60

1) cedol cp



2 cp x 3 / j palt

198,00

2) Nociceptol gel



5 j

1 cp x 2 / j

palt 15 j

218,60



DR EL MOUTAOUKIL HANAA
Rhumatologue
Bd Mohamed Bouziane, Res Farhatine
Imm 9, Apt 9, 3ème Étage
Casablanca
INPE : 061318630



LOT

PVC: 198.00DH



C259
2025-12

CNK 3259-850



3 401020 354451 >

ADGLETL01 - REV: 2022/09/E

