

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 rééducation.
- 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

- Reclamation : 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 Alai ben Abdellah - 1^{er} étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïtali ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LLG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-554869

ND: 37117

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4615 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : KINANI OUAFAA
 Date de naissance : 02/02/61
 Adresse : Résidence Dansour, Rue Kadi Bakkan, Imm. E. 3^{ème} étage
 Apt : 2
 Tél : 0661334933 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. LOUBNA KINANI
 Médecin Spécialiste
 Odontologie chirurgicale
 CHR My Youssef

Date de consultation : 05/08/2020
 Nom et prénom du malade : KINANI OUAFAA Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : affection dentaire
 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) :
 18 AOUT 2020
 ACCUEIL

[illegible]

Dr. Loubna KINANE
Médecin Spécialiste
Odontologie chirurgicale
CHR My Youssef


EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>macie RIAD AL-ANDALOUS 315, Rue 18 - ANDALOUS Tél: 021 50.01.76 SABLANCA</p>	<p>5 <u>08</u> <u>20</u></p>	<p>305,10</p>

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	EXPC
---	------

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

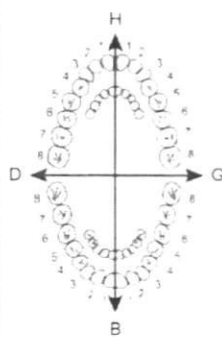
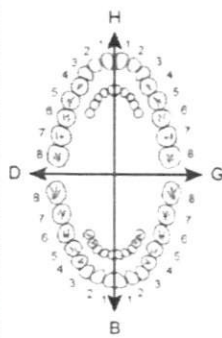
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée  ou pratique 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	DNP : <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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 05533410 01433552 00000000 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique nécessaire à la profession.			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

Le praticien est prié de préciser la dent traitée la pratique en indiquant la nature des soins

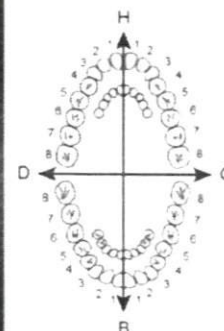
Important :

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

[illegible]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 <hr/> D G 00000000 00000000 35533411 11433553 <hr/> B </div>		<input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<input type="text"/>		DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTÉ
DELEGATION MEDICALE CASA-ANFA
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL
MOULAY YOUSSEF



المملكة المغربية
وزارة الصحة
المنشوية الطبية الدار البيضاء - أنفا
المركز الاستشفائي الإقليمي
مولاي يوسف

ORDONNANCE

Date : 5/8/2020

Dr. KINANI OUAFAA

- Augmentin 500
138.30 1 cp 3x/j pdt 8j

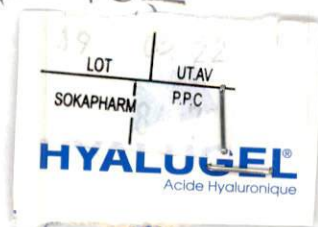


- INEXION 20mg
82.10 1 cp 1x/j pdt 7j



SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXION
20 mg Cpr GR
Boîte 14
64015DMP/21NRO P.P.V.: 82,10 DH
6 118001 020591

- Hyalugel.
84.70 1 app 3x/j pdt 10j



T: 305,10
Pharmacie RIAD AL ANDALOUS
17 Bis, Rue 19 - ANDALOUS,
Tél: 022 50.01.76
CASABLANCA

Dr. Leubna KINANI
Médecin Spécialiste
Odontologie chirurgicale
CHU My Youssef