

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 067203

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : BABA KHADDOU Société : 46922

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BABA KHADDOU

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 77.15.732.77 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la 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 :

Le : 11/11/2020

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

98.09.20 1 9 64152 14152

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

P C IM IV

Montant détaillé des Honoraires

19/10/20 195800 3918 40900

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

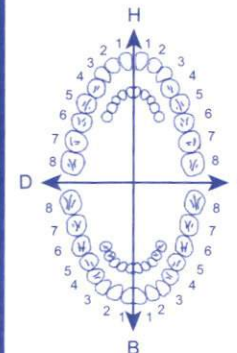
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

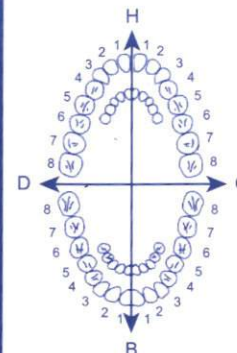
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H 25533412 21433552
D 00000000 00000000
G 00000000 00000000
B 35533411 11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient DES TRAVAUX

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



28/09/2020

Ordonnance

Nom :
Prénom :

^{PM} BABA Khadoug

Kinésithérapie pour
lombalgie commune.
10 séances.

Dr. ELHACHESSE AZAL
Spécialité: Médecine Physique et Rééducation
Né le 10/05/1973 à Casablanca
Hôpital Moulay Youssef - Casablanca
Tél: 091182956



Dr. Houda IBN ABDELJALIL

Rhumatologue

Spécialiste des Maladies des Os et Articulations

الدكتورة هدى ابن عبد الجليل

اختصاصية في أمراض العظام و المفاصل

Nom et Prénom :

Mme Baba Khodouj

Casablanca le : 7/10/20

Rubalgie bilatérale

⇒ Kinésithérapie

a but antalgique (IR, massage
des contractures) et

renforcement des muscles abdominaux

faire 2 séances / semaine x 10


Dr. Houda IBN ABDELJALIL
Rhumatologue
Spécialiste des Maladies des Os et Articulations
05 22 89 38 88 / 95
ibnabdeljalilhouda@yahoo.fr

Angle Route D'Azemmour & Bd Sidi Abderahmane, Immeuble la Commune, Appt. 3, 3ème étage - Casablanca

05 22 89 38 88 / 95 ✉ ibnabdeljalilhouda@yahoo.fr

Fait à Casablanca Anfa le 19/10/2020 12:52:56

FACTURE EXAMEN

Code ANAM : 90005422		N° Compte Courant : 001 780 002525150110152393	
Facture Examen Numéro : 5019		TRÉSORERIE PROVINCIALE DE CASABLANCA ANFA	
Identification :		Débiteur :	
Index Patient : 14112005-01-492218		PAYANT	
N° Examen : 3918			
Nom et Prénom : BABA KHADDOUJ			
CIN :			
Adresse :			
Lien Parenté :		Date :	
Nom et Prénom :		Date Examen : 19/10/2020	
N°CIN :			

Détail	NGAP	Clé	Coef/Séance	Quantité	P.U.	Mt. Ligne
Actes						
CAS SIMPLES NÉCESSITANT SEULEMENT DES MASSAGES, PAR SÉANCE: MASSAGE D'UN MEMBRE	Q110	AMM	1,00	10,00	40,00	400,00
Montant Total :						400,00

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

QUATRE CENTS DIRHAM(S)

Montant payé: 400,00

Montant Total : 400,00

Fait à Casablanca Anfa le 19/10/2020
12:54:09

Signature du responsable :

ROYAUME DU MAROC

Ministère de la Santé

Hôpital Moulay Youssef Casablanca

Reçue de M. *BA/BA* QuittanceLa somme de *quatre cent*N° *014269*

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
<i>No sommes</i>		
<i>Rec 1</i>		
<i>3978</i>		
Total		<i>400</i>

Ministère de la Santé / R
C.H. Moulay Youssef - Casa
Cachet du Service
Caisse 3
De *19/12/20*
Signature du Régisseur
7

ROYAUME DU MAROC

Ministère de la Santé

Hôpital Moulay Youssef Casablanca

Reçue de M. *Baba Hadou* Quittance

La somme de *Six cents*

N° 014152 /R

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
<i>C</i>		
<i>7</i>		
Total		<i>60</i>

Ministère de la Santé

Cachet du Service

C.H.R. Moulay Youssef - Casa

Le

28/09/20

Signature du

Régisseur

Délégation Médicale - Casa - Anfa