

DECLARATION DE MALADIE 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

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



DECLARATION DE MALADIE

N° P19- N° 037504

ND = 22034

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8193 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RHOAM Rita (veuve) HARRACH

Date de naissance : 01/07/74

Adresse : Terrasses de Bouskama IMM 10 appt 1 ville verte

Tél. : 06 61 33 42 17 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. NAJIB KHAOULANI
Médecine Physique et Rééducation
Médecine du Sport
28, bis Bd. Moulay Idrissi 1er - Casablanca
Tél : 05 22 81 29 55 / Fax : 05 22 81 29 55
05 26 88 14 24 / 05 46 15 32 74

Date de consultation : 28/01/2020

Nom et prénom du malade : RHOLAN RITA Age : 1974

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

Nature de la maladie : N.C.B.

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

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
28-1-20	G	G	3.000	Dr. NAJIB KHAOUANI Médecine Physique et Rééducation Médecine du Sport 28, bis Bd. Moulay elouadi 1er / Casablanca Tél: 05 22 81 29 85 / Fax: 05 22 81 29 5 05 22 81 24 24 / 05 46 14 22 74

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
CLINIQUE DE VINCY 109, Bd. Mohammed Keita - 20000 - Casablanca Tél: 05 22 81 29 85 / Fax: 05 22 81 29 5 05 22 81 24 24 / 05 46 14 22 74	28-01-20	Facture N° 0059/20	300,00 DAS

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'OC

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															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	B															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	(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

Facture n°0059/20

Patiente : RHOLAM RITA
Assurance : Payante

Casablanca, le 28/01/2020

LIBELLE	QUANTITE	PRIX UNITAIRE	MONTANT
Radiographie rachis cervical F + P	1	300,00	300,00
Total Devis			300,00

Arrêté la présente facture à la somme de trois cents dirhams

CLINIQUE DE VINCI
 709, Bd Modibo Keita - 20000, Casablanca
 ICE : 002321497000071
 Tél : 05 22 81 31 88

Consultation Externe

Compte Rendu Médical

Nom et Prénom du Patient :

Age :

Date :

LE 29/01/2020

Nom & prénom : RHOLAM RITA

Examen radiologique réalisé :

- Radio rachis cervical (face+profil).

Compte rendu :

Respect de la hauteur des corps vertébraux.
Pas de pincement discal.
Respect des courbures physiologiques.
Pas de calcifications.
Minéralisation osseuse normale.

CLINIQUE DE VINCI
709, Bd Modibo Keita - 20000 - Casablanca
ICE : 002321497000011
Tél : 05 22 81 31 88

Consultation Externe

Compte Rendu Médical

Nom et Prénom du Patient : RHOLAN RITA

Age :

Date : 28-1-20

RACHICERVIS
face + profil

Dr. NAJIB KHAOULANI
Médecine Physique et Rééducation
Médecine du Sport
28, bis Bd. Moulay Ismaïl - Casablanca
Tél.: 05 22 81 29 55 / Fax : 05 22 81 29 55
05 24 58 14 24 / 05 46 15 32 74