

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 Alail Ben Abdellah - 1^{er} étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alail Ben Abdellah - Quartier de l'Harloge - Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (L.G.) Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-509719

ND: 27 600

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 25502 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HACHIMI

Date de naissance :

Adresse :

Tél : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 18/05/2020

Nom et prénom du malade : EL HACHIMI maïma Age :

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

Nature de la maladie : Antalgique

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-509719

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
18/05/2000	C	1	300 SIA	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SOUFIANE Groupe B, Rue 154 N° 23/25 El Oulfa - Casablanca Tél. : 05 22 89 09 63 I.C.E : 000500246000028	18-5-2000	123840

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	IM	IV	

VOLET ADHERENT

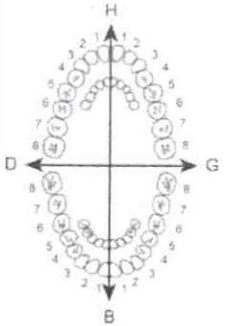
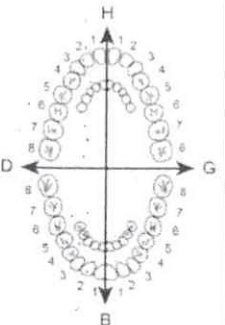
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, 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"/>																
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	[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

Docteur Nadia El Ghiati

Spécialisée en Médecine Interne

Ex Médecin des Hôpitaux Ibnou Rochd
et Moulay Youssef de Casablanca

- Rhumatologie
- Maladies Inflammatoires et Vasculaires
- Echographie (Diplômée de Montpellier)

Sur RDV



الدكتورة نادية الغياتي

إختصاصية في الطب الباطني

طبيبة سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد
ومستشفى مولاي يوسف بالدار البيضاء

- الأمراض الباطني أو الجماعية
- أمراض التهاب العظام ، المفاصل والشرابين
- أمراض الروماتيزم

بالموع

Casablanca, le : 18/05/2020.

Etharchimi maison

- 1) Doftex 220,00 x 3 JP 4'S
- 2) Contamyl 22,80 x 3 JP 3 S.V
- 3) Alyx 75 JP 3 S.V

الفردوس شقة رقم 3 مجمع GHIB 15 طريق المركب الإداري مقابل مطار أنفا - الألفة - الدار البيضاء

Résidence Firdaous - Appt N° 3 - L15 GHIB - Bd. Mohamed Taib Nasiri

(en face aéroport d'Anfa) - Oulfa - Casablanca

Tél. : 05 22 93 96 67 - GSM : 06 87 35 02 53

A=1238,40

DUOFLEX 30 GELULES

LOT : 190004

PER : 30/09/2022

PRIX : 220 DH

DUOFLEX 30 GELULES

LOT : 190004

PER : 30/09/2022

PRIX : 220 DH

DUOFLEX 30 GELULES

LOT : 190004

PER : 30/09/2022

PRIX : 220 DH

22,00

22,00

22,00

PPV: 255DH00

PPV: 255DH00

PHARMACIE SOUFIANE
Groupe K, Rue 154 N° 23/25
Et. Oulfa - Casablanca
Tél. : 05 22 89 09 63
I.C.E : 000500246000026

Docteur Nadia El Ghiati

Spécialisée en Médecine Interne

Ex Médecin des Hôpitaux Ibnou Rochd
et Moulay Youssef de Casablanca

- Rhumatologie
- Maladies Inflammatoires et Vasculaires
- Echographie (Diplômée de Montpellier)



الدكتورة نادية الغياتي

إختصاصية في الطب الباطني

طبيبة سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد
ومستشفى مولاي يوسف بالدار البيضاء

- الأمراض الباطني أو الجماعية
- أمراض التهاب العظام، المفاصل والشرابين
- أمراض الروماتيزم

Sur RDV

بالموع

Casablanca, le :

28/05/2022

Ephrachi maima.

- né en 1965.
- surine pour polyarthrite.

Actuelle + douleur
cervicale.

Echographie
cervicale

الفردوس شقة رقم 3 مجمع 15 GHIB طريق المركب الإداري مقابل مطار أنفا - الألفة - الدار البيضاء

Résidence Firdaous - Appt N° 3 - L15 GHIB - Bd. Mohamed Taib Nasiri
(en face aéroport d'Anfa) - Oulfa - Casablanca

Tél. : 05 22 93 96 67 - GSM : 06 87 35 02 53