

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 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

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- 0040700

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique ND: 27994 ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0406 Société : RAN

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : HILAL MIHAÏED

Date de naissance : 1-1-1934

Adresse : Cte Mohammed Re 27 N108

Tél. : 0697678607

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/04/2020

Nom et prénom du malade : Hilal Med

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

Nature de la maladie : PTH du

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 08 JUN 2020

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) :

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
30/04/2020		5	300	

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
30/04/2020	2	300	

AUXILIAIRES MEDICAUX

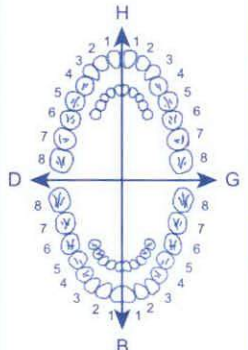
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 de l'OC

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

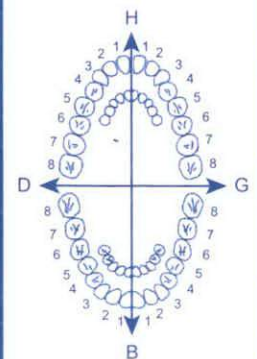
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(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



Le 30.04.20

Nom & prénom : Hilal Med

Signes cliniques : PTH dte douloureuse.

Examen radiologique réalisé :

- Cliché de la hanche dte de face et de profil.

Professeur A. LAMINE
Chirurgie Orthopédique
Traumatologie
Av. Al Akid Al Islam Annakhlia Im. A2
Moulay Rachid 2 - Casablanca
Tél. : 05 22 86 36 36
CLINIQUE ALAMINE
73, Angle Rue Ibn Jaljal & Abou Marouane Abdelmalek
et Abou Marouane Abdelmalek
Tél. : 05 22 86 05 30



مصحة الأمين
Clinique Al Amine

Casablanca le

Le 30.04.20

Nom & prénom : Hilal Med

Signes cliniques : PTH dte douloureuse.

Examen radiologique réalisé :

- Cliché de la hanche dte de face et de profil.

Compte rendu

- PTH en place.

Professeur A. LAMINE
Chirurgie Orthopédique
Traumatologie
Av. Al Akid Al Amine Annahla Im. A2
Moulay Rachid 2 - Casablanca
Tél. : 05 22 37 37 39
CLINIQUE AL AMINE
73, Angle Rue Ibn Jaljal
et Aboumerouane Abdelmalek
Tél. : 05 22 86 36 36 - Fax : 05 22 86 05 30 - E-mail : clinique_alamine@hotmail.fr



مصحة الأمين

Clinique Al Amine

30/04/2020

Casablanca le

facture N° 210

Nom et Prénom	Mr ; Hilal Mohamed
Medecin Traitant	Pr Lamine
Date	30/04/2020

LIBELLE	QTE	Prix Unitaire	Montant
Pr Lamine	C3	300,00	300,00
Radio de la hanche D F+P	Z	300,00	300,00
			600,00

Arreter la presente facture a la somme de :
Six cents dhs;

CLINIQUE AL AMINE
73, Angle Rue Ibn Jaljal
et Abou Marouane Abdelmalek
CASABLANCA - Maroc
Tél: 05 22 86 36 36 - Fax: 05 22 86 05 30

73, زنقة ابن جلجل و أبو مروان عبد المالك (بين شارع أنوال و مولاي إدريس الأول) حي المستشفيات - الدار البيضاء

73, Angle Rue Ibn Jaljal & Abou Marouane Abdelmalek - Quartier des Hôpitaux - (entre Bd. Anoual et Bd. My Idriss 1er)

CASABLANCA - Tél.: 05 22 86 36 36 (L.G) - Fax : 05 22 86 05 30 - E-mail : clinique_alamine@hotmail.fr

C.N.S.S. : 6237508 - PATENTE : 036361410 - R.C. : 93759 - C.N : 78000210009016 - I.F : 1087028 - ICE : 001533163000028