

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 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



ND: 28 234

Déclaration de Maladie : N° P19-0013442

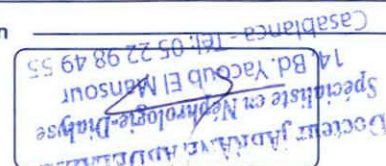
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : **ESSAMADI DAFIK** Date de naissance :
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **01/06/2020**
Nom et prénom du malade : **ESSAMADI DAFIK** Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : **I.R.C.**
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° P19-0013442

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 :



CENTRE NEPHROLOGIE HÉMODIALYSE YACoub EL MANSOUR

Docteur JABRANE ABDELAZIZ
Spécialiste Néphrologie-Dialyse

091079459



INP établissement :
090001355



Fait à CASABLANCA, le : 01/06/2020

Facture N° : 20200669-2020

Facture des séances d'hémodialyse du mois Mai 2020

PATENTE : 35802587

NOM ET PRENOM DE L'ASSURE : ESSAMADI RAFIK - CIN : C163742

NOM ET PRENOM DU BENEFICIAIRE : ESSAMADI RAFIK - CIN : C163742

DATE DE NAISSANCE : 06/08/1964

MOIS	JOURS DE DIALYSE	DATE DES SEANCES	NOMBRE	PRIX UNITAIRE	MONTANT
Mai 2020	Mardi	26	3	850,00	2 550,00
	Jeudi	28			
	Samedi	30			
DESIGNATION			NOMBRE	PRIX UNITAIRE	MONTANT
Retrait du cathéter			1.00	500,00	500,00
Frais d'une séance de dialyse			850,00 DHS		
Nombre de séances			3		
Total Facture :			3 050,00 DHS		

Arrêtée la présente facture à la somme de: TROIS MILLE CINQUANTE DIRHAMS

SIGNATURE ET CACHET DU NEPHROLOGUE

Facture acquittée par chèque n° : 4613476

Centre d'Hémodialyse
Yacoub El Mansour
Dr JABRANE ABDELAZIZ
14, Bd Yacoub El Mansour, 1^{er} Etage
Casablanca - Tél: 0522 98 49 55

Siège social 14, Bd. YACoub EL MANSOUR 1er etage Maarif CASABLANCA CASABLANCA
Tél : 05 22 98 49 55 / 06 61 83 55 60 Fax : 05 22 98 88 05 Email :
jabraneaziz@menara.ma

CNSS : 6009345 IF : 40804331
PATENTE : 35802587 ICE :
001658885000049



المركبة العامة
SOCIÉTÉ GÉNÉRALE

PAYEZ CONTRE CE CHÈQUE

Trois Mille Cinq cents Dhs

DH # 3.050,00# درهم

ادفعوا مقابل هذا الشيك

A L'ORDRE DE

Dr. JABRANE Abdelaziz

لأمر

PAYABLE A
ZIRAOU

يؤدى في

Angle Bd Moulay Youssef
et Rue Guercif
CASABLANCA
Tel 0522 88 60 95

ÉMIS A

C.ase

LE

01/06/2020 في

NUMÉRO DE COMPTE

SIGNATURE

التوقيع

143 00 279509 15

ESSAMADI RAFIK

CHÈQUE SERIE KAC N° 4613476

La signature ne doit pas atteindre la zone ci-dessous

يجب ألا يصل التوقيع إلى الجزء الموجود أسفله

461347602278000014300279509154720