

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 canalaire, 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 canalaire.

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 Aljal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aljal 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° W19-539768

59044

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3564

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KASSABI OUAFFA

Date de naissance : 08/19/1958

Adresse :

Tél. : 0631159486

Total des frais engagés :

300 + 1205,20

Dhs

Cadre réservé au Médecin,

DR. S. SOUFI
Professeur de Cardiologie
356, Rue Mohamed Al Maani
CASABLANCA
0622 22 18 84/0522 26 13 33

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/02/2021

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age:

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 : Casablanca Le : 10/08/2021

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---|--|
| 02/05/2021 (13) | 3006 | 3000H | INP : 0911355122 Dr. SANTOS Médecin de la famille SAN BLANCA 8410522 254211 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| <i>MAGI DU PARIS Messaouda TAHIR 11 - Casablanca 0522229618</i> | 09/02/2021 | 1205,40 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

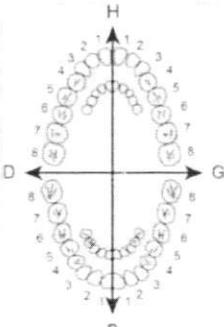
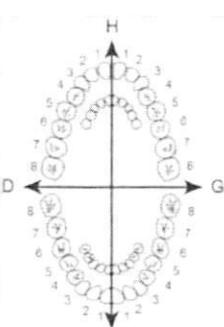
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVE 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"/> |
|--|--|------------------|-------------|--|
|  | | | | CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | DEBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/> |
| | | | | FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/> |
| O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE | | | CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  | $\begin{array}{r l} 25533412 & 21433552 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ \hline 35533411 & 11433553 \end{array}$ | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> |
| | | | | DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/> |

Docteur Saâd S
Professeur de Cardio.

Spécialiste des maladies du Cœur
Diplômé de la Faculté de Médecine
Echo Doppler Coeur - Holter

Patient: M. KASSABA

49140
49140
49140

6 118001 130023
HYPERIUM 1 mg O

6 118001 130023
HYPERIUM 1 mg O
Boîte de 30 comprimés
PPV: 113.50 DH
Servier Maroc - Casablanca

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.
Ain sebaâ Casablanca
B28

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Co-aprovel 300mg/12,5mg
B28
P.P.V: 239,00 DH
6 118001 081035

Casablanca, le

18/05/2018
Dr. Latifa TAHIRI
PHARMACIE DU PARC

23900
x3

Co-aprovel 300/12,5
1 g leustec

49,40
x3

AM-EP syr

113,50 x3

1 uplet

Hyperium 100

1 yaourt

Satrap syr

tryptof

Dr. Saâd SOULAMI
Professeur de Cardiologie
356, Rue Mostafa El Maâni
356, Rue Mostafa El Maâni 1336 - CASA

356, Rue Mostafa El Maâni (coté Rue d'Agadir) - 1^{er} étage - Casablanca - e-mail: abdemsoulami@gmail.com

Tél.: 05 22 22 18 84 / 06 62 88 90 91 - Tél. / Fax: 05 22 26 13 36 - Urgence : 06 65 14 69 96

CNSS : 2700608 - IF : 41802254 - ICE : 00175507600067 - IPN : 091130922

valable 3 mois

09 FEV. 2021

Le / /20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

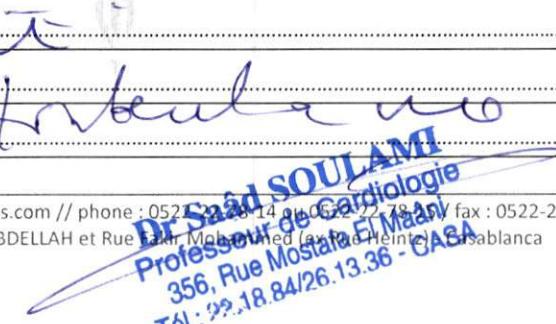
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné : 
Professeur de Cardiologie
Dr. SAAD SOULAMI

Certifie que M^{me}, M^{me}, M. : 
KASSARO STAFAU

Présente 
Me HEDRAI

Nécessitant un traitement d'une durée de : 
Ané


Dr. Saad SOULAMI
Professeur de Cardiologie
356, Rue Mostafa El Maaki
Tél: 09.18.84/26.13.36 - CASABLANCA

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-14-00/0522-22-78-18 fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABELLAH et Rue Bakr Mohamed (au niveau Heintz) Casablanca