

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.

Biologie 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

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- 064296

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4558 Société : R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HAMMI EL HOUSSEINE

Date de naissance : 11/11/1960

Adresse : 151 Lot Rue 13 SAMARA EL BOUHLA 4000

Tél. 06.65.61.69.02 Total des frais engagés : 6.000.000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Hajar Mint Age :

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

Nature de la maladie : fracture de l'humérus

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) :

Hajar

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
02/03/2021	C.S.			G

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
MedicPro SERVICE COMMERCIAL 38, Rue des Hôpitaux Quartier des Hôpitaux - Casablanca Tél : 0522 27 03 55 Fax : 0522 20 38 53 medic.pro@gmail.com	04-03-2021	une paire de				659,00
MedicPro SERVICE COMMERCIAL 38, Rue des Hôpitaux Quartier des Hôpitaux - Casablanca Tél : 0522 27 03 55 Fax : 0522 20 38 53 medic.pro@gmail.com	09-03-2021	une paire de				659,00

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

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"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

02/03/2021

HAVAS mine

Genelle sur mesure bilatérale
pour pied plat valgus plus
accidenté à gauche
650,00 DH

MedicPro
SERVICE COMMERCIAL
88, Rue des Hôpitaux
Quartier des Hôpitaux - Casablanca
Tél. : 0522 27 03 55 - Fax : 0522 20 38 53
medic.pro3@gmail.com

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. ASS. HANZA GENESEUR
Traumatologie Orthopédie
0522 27 03 55



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

HAYAJ Mina

pieds plats valgus necessitant
des semelles sur mesure orthopedique

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr. ASS. H. BENAMEUR
Traitements en Orthopédie
091211201

INFORMATION CLIENT :

Hayaj Mina

Facture N° A 133/2021

A Casablanca, le 09/03/2021

Désignation	quantité	Prix unitaire ttc en DH	Montant ttc en DH
Semelle orthopédique	2	325,00	650,00 [®]
		Montant total ttc	650,00
		Montant TVA 20%	108,33

Arrêtée la présente facture à la somme de (ttc) :

Six Cent cinquante Dirhams

Direction


MedicPro
SERVICE COMMERCIAL
38, Rue des Hôpitaux
Quartier des Hôpitaux - Casablanca
Tél. : 0522 27 03 55 - Fax : 0522 20 38 53
medic.pro3@gmail.com



Casablanca , le 02/03/2021

PATIENT : HAYAJ MINA
MEDECIN TRAITANT :
EXAMEN(S) REALISE(S) : **RX Genou Droit F+P**

Absence de lésion osseuse radiologiquement évidente au niveau du squelette du genou.

Arthrose fémoro-tibiale interne et externe avec discret pincement fémoro-tibial interne

Petits ostéophytes rotuliens

La texture osseuse est radiologiquement normale.

Absence d'anomalie évidente au niveau des parties molles du genou.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Pr AZIZ**

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. Aziz Benreddine
RADIOLOGIE

