

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.

Educations :

- 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.

Maladie chronique :

- 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° M21- 0010170

67309

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2220 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BAIEDID Mustapha
Date de naissance : 1845
Adresse : N°22 RUE MO Lot n°121 ABD RAHMANE
WULFA
Tél. : 0662247318 Total des frais engagés : 1584 + Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Signature de l'adhérent(e) :



Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient																			
				Coefficient des travaux <input type="text"/>																		
				Montant des soins <input type="text"/>																		
				Début d'exécution <input type="text"/>																		
				Fin d'exécution <input type="text"/>																		
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticaire			Coefficient des travaux <input type="text"/>																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>G</td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> <th></th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H			25533412	21433552		00000000	00000000	G	D			00000000	00000000		35533411	11433553			Montant des soins <input type="text"/>
	H																					
	25533412	21433552																				
00000000	00000000	G																				
D																						
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis <input type="text"/>																			
			Fin d'exécution <input type="text"/>																			
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																				

VOLET ADHERENT	NOM : <u>BAKID MUSAPOA</u>	Mle <u>322</u>
DECLARATION N° <u>P 17/0056153</u>		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<u>15/04/21</u>	<u>1584 DH</u>	<u>01</u>
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		
Cachet MUPRAS		



P 17/0056153

DATE DE DEPOT

14 / 4 / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <u>322</u>
Nom & Prénom <u>BAKID MUSAPOA</u>		Signature de l'adhérent
Fonction <u>RAM</u>	Phones <u>0662247318</u>	
Mail		
MEDECIN		
Prénom du patient <u>Dr. Bakid MUSAPOA</u>		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age <u>76 ans</u>	Date <u>09/04/21</u>
Nature de la maladie <u>Hypertrophie parodontale</u>		Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes <u>CS</u>	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires <u>30000</u>
PHARMACIE		Date <u>9/4/2021</u>
Montant de la facture <u>1284,00 DH</u>		PHARMACIE SOUFANE Groupe K, Rue 154 N° 23/25 EL QUITA - Casablanca Tél. : 05 22 89 09 63 I.C.E : 000500246000026
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
CACHET		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date
Nombre AM PC IM IV		Montant détaillé des Honoraires
		CACHET

Dr. ZOUGAGHI Sinane

Chirurgien Urologue

-Lauréat de la faculté de médecine et de pharmacie
de Rabat

- Ancien médecin au CHU Avicenne - Rabat

- Ancien interne des hôpitaux de Paris - France



الدكتور الزوڭاغي سنان

أخصائي في أمراض وجراحة الكلي
والمسالك البولية والأعضاء التناسلية

- خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط

- طبيب سابق بالمستشفى الجامعي ابن سينا بالرباط

- طبيب داخلي سابق بمستشفيات باريس - فرنسا

2009/04/2021

No. Bartholide & Mes hope

121.40x3

- fluxus Lepthy le soni

153.30x6

- fluxion kerdaly

1284.00 1600y

Bomeis

PHARMACIE SOUFIANE

Groupe K, Rue 154 N° 23/25

EL Oulfa - Casablanca

Tel.: 05 22 89 09 63

I.C.E : 000500246000026

Dr. ZOUGAGHI SINANE
Chirurgien Urologue
Casablanca - Maroc
Ed. Oum Rabii App. n° 14 Oulfa
130 98 GCAS 66 62 71 04 01

193, Bd. Oum Rabii Appt. n° 14 - Oulfa - Casablanca.

193. شارع أم الربيع شقة رقم 14 الولفة - الدار البيضاء

Fixe : 05 22 89 00 98 Urgence : 06 62 71 04 01 E-mail: sinane27@gmail.com

LOT 201017
EXP 03/2022
PPV 121.40DH

LOT 201017
EXP 03/2022
PPV 121.40DH

LOT 201016
EXP 03/2022
PPV 121.40DH

153,30
PER 06 2023

153,30
PER 06 2023

153,30
PER 06 2023

153,30
PER 06 2023

153,30
PER 06 2023

153,30
PER 06 2023

↓
153,30

↓
153,30

↓
153,30

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