

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 042953

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6638 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL KHALFI ELNESTAPHA

Date de naissance : 1962

Adresse : CASA

Tél : 0661066938 Total des frais engagés : 433,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/11/21

Nom et prénom du malade : EL KHALFI Maimoun Age :

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

Nature de la maladie : Jolie alaba

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 : CASA Le : 19/04/21

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Dr. RAJI Khadija
DERMATO - VENEROLOGIE
392, Bd Afghanistan
Hay Hassani - Casablanca
Tél: 0522 90 18 07

MUPRAS
06 MAI 2021
ACCUEIL
A. AARIZA

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
19/4/21			2 n m	
27/4/21			culu	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMATIE POLYCLINIQUE Dr TILAL ABDELAZIZ 68, Rte. Mly Throumly Tél: 022 90.21.11	19-4-21	8600
Pharmacie MLEAD 83, Bd Sidi Aissa 0522 94.29.43	27/4/21	147,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

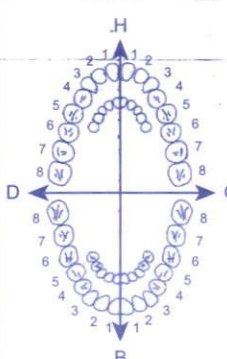
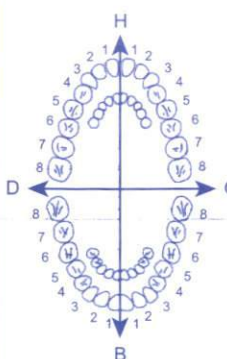
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Khadija RAJI

Spécialiste des Maladies de la Peau
des Ongles et du Cuir Chevelu
Maladies Sexuellement Transmissibles
Médecine Esthétique

الدكتورة خديجة رجيح

إختصاصية في أمراض الجلد و الشعر و الأظافر
الأمراض التناسلية
طب التجميل

ORDONNANCE

Nom - Prénom : El khalf Date : 22/4/21

48,00

Naim

1/ Tibinal p

de p x i



99,00

2/ aede p



de p de med

PHARMACIE MILAD
392, Bd Afghanistane - Casablanca
Tél: 05 22 90 18 07

PHARMACIE MILAD
Dr. Samir MILAD
3, Bd. Sidi Abdelrahmane
Hay Salam - CIL
Tél: 05 22 94 65 30 - CASABLANCA

الدكتورة خديجة ربيع

إختصاصية في أمراض الجلد والشعر والأظافر
الأمراض التناسلية
طب التجميل

ORDONNANCE

Nom - Prénom : El Hadji Date : 19/01/17

Kaelm

10 copies each

2005, US Secy IS
1 m 19 5, —

17.40 Demoralized

PHARMACE POLYCLINIQUE
Dr TIR Abdelaziz
58, Rue My Thiam - Hay Hassani
Tél: 022 90.21.67 - CAS

Am ~~10~~ : C Berlin.

52.00 Am 10

[Handwritten signature]