

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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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° W19-565504

70782 CA

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)	Société :	
Matricule : 6439	RAT	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : HAJ HAMOU NADI		
Date de naissance : 18 AVRIL 1965		
Adresse : 10 LOT AÏN DIAB 2 BD SIDI ABDERRAHMANE		
Tél. : 0661133944	Total des frais engagés : 370	Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. F.Z. MOUSSAOUI
HAJ HAMOU
Lotissement Zouhour - Casablanca
Appt 4, Quatre - Casa

Cachet du médecin :		
Date de consultation :	24/4/2011	
Nom et prénom du malade :	Haj Hamou Nadi Age: 54 ans	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	Affec ORE + Tendinite	
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 : 19/05/2011
 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
2/4/2021	C	CH		INP : 0911116510 Dr. F.Z. MOUSSAOUI HAJ HANOU Lotissement Zouhour - Immeuble 112 Appart 4, Oulfa - Casa

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie Zoubir Mme Aïcha M. Lotissement Zouhour - Immeuble 112 Appart 4, Oulfa - Casa 05 22 934 190</i>	21/4/21	378,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 :
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

ODF PROTHESSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. F. Z. Moussaoui

MEDECINE GENERALE

Lotissement Zoubir
(Gpe. Addoha), Imm. 112 I
Appartement 4 Ooulfa - Casa
Tél. : 05 22 93 41 48

الدكتورة فاطمة الزهراء موساوي

الطب العام

تجزئة الزبير

(مجموعة الضحى) عمارة

112 I شقة 4 الألفة

الهاتف : 05 22 93 41 48

Casablanca, le

2/4/2021

الدار البيضاء، في

N^o Haj Hamou Nadi

55,00

Anoxil 1gr cp disp
1 cp x 2/j (x 6)



PPV: 55,00 DH
LOT: 623669
PER: 05/21

75,00

Nazair pulv N.
II pulvjs Matin



LOT: GA00752
PER: 07/2022
PPV: 75 DH 00

40,90 x 2

Profenid 100 mg (x 2)
1 cp x 2/j (x 2)



PROFENID 100 MG
30 CP PEL
P.P.V : 70DH90
PER: 04/2023



6 118000 060802

53,10 x 2

Relaxol 500 mg (x 2)
2 cp x 2/j (x 2)



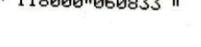
PROFENID 100 MG
30 CP PEL
P.P.V : 70DH90
PER: 09/2022



6 118000 060802

LOT: 0MRA111 PER: 11/2021
RELAXOL 500MG/2MG
CP B20

P.P.V : 53DH10
PER: 04/2023
RELAXOL 500MG/2MG
CP B20



6 118000 060833

Pharmacie Zoubir
Mme. ZAHIA
Lotissement Zoubir - Imm. 6
Tél. 05 22 934 190

Dr. F. Z. MOUSSAOUI
HAJ HAMOU
Lotissement Zoubir - Imm 112 I
Appt 4. Oulfa - Casa