

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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

Nº M21- 048785

Optique Autres

7834

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 2698 Société : BAUMZAIIG La houcine
 Actif Pensionné[e] Autre : _____
 Nom & Prénom : BAUMZAIIG La houcine
 Date de naissance : 02/07/1953
 Adresse : Lot SIDI Abderrahmane Rue 29
 n° 60 DULFA
 Tél. : 0633529200 Total des frais engagés : 109,70 Dhs

Autorisation CNPD N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/04/2021

Nom et prénom du malade : BAUMZAIIG

Age : 68

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Problème clyn

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

Signature de l'adhérent[e] :

Le : 29/04/2021



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
28-05-2021		CB		M. EL MANSOURI 0522 48 75 11 CASA

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL MOTAHAR 36 LT Sid A Cotonou Bénin	10/04/2023	105.7

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	

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'ORL.

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			
	H	25533412 21433552 00000000 00000000	G	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D	00000000 00000000 35533411 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
	G			DATE DU DEVIS
	B			DATE DE L'EXECUTION
		[Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession]		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

Dr. Hakeem MAWEIK

Maladies et chirurgie des reins et de l'appareil urinaire - Stérilité masculine

Ancien Professeur Assistant au CHU Bnou - Rochd



الدكتور حميد موفق

الختصاصي في أمراض الكلية والمسالك البولية - العقم الجنسي الأمراض التناسلية - تفتت الحصى - الختان

أستاذ مساعد سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

الدار البيضاء، في Casablanca, le ٢٨-٥-٢٠٢١

Q-Bouza Ribbons



صيدلية المتحدة

Pharmacie Al MOTAHIKA

31 Rue 36 Lot. Sidi Abderrahman
Oujda Casablanca
TEL : 022.89.56.00

MOTAHIDA
Abderrahmane
blanca
.56-CR
DEMAFIK Hamid
Ch. 307, rue Mustapha El Maâni
Tél. 0522 48 78 77 CASA