

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.

Maladie chronique :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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- 053673

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7179 Société : RAM 72855
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL KAH LAOUI Mohamed
Date de naissance : 01-01-1959
Adresse :
Tél. : 0671230228 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Professeur Abdelhak ALAOUY YAZIDI
Pneumologue - Allergologue
197/199, Bd. Bir Anzarane
Rés. El Walida, 2ème Etage, n° 9
Tél: 0522 25 26 42 - Casablanca
Date de consultation : 01/05/2021
Nom et prénom du malade : EL KAH LAOUI Mohamed Age: 61
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Bronchite chronique - Dyspnée effort
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) :

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 Honoraires
04/05/2021	C3	C5	300	<p>Professeur Abdelhak ALAOUI</p> <p>Pneumologue - Allergologue</p> <p>197/199, Bd. El Anzarane</p> <p>Rés. El Walida, 2ème Etage, n° 9</p> <p>Tél: 0522 25 26 42 - Casablanca</p>

lié	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des cotisations
ns	<p>Professeur Abdelhak ALAOUH, JAZDI</p> <p>197/199, Bd. Bir Anzarane</p> <p>Rés. El Walida, 2ème Etage, n° 9</p> <p>Tél: 0522 25 26 42 - Casablanca</p>  <p>031035139</p>

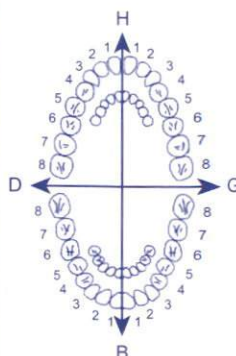
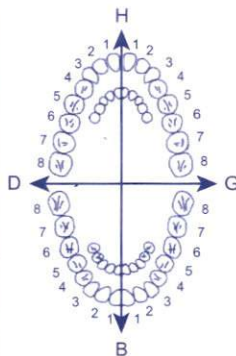
[illegible][illegible][illegible]

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

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">H</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">B</td></tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(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

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 canalaire, 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 <div> <div>H</div> <div> <div>25533412</div> <div>00000000</div> </div> <div>D</div> <div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> </div> <div>B</div> <div> <div>21433552</div> <div>00000000</div> </div> <div>G</div> <div> <div>00000000</div> <div>11433553</div> </div> </div>			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Coefficient des Travaux
					Montants des Soins
					Date du Devis
					Date de l'Execution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

CABINET DE PNEUMOLOGIE - ALLERGOLOGIE

Professeur Abdelhaq Alaoui Yazidi

Casablanca le : 04/05/2021

NOTE D'HONORAIRES * N° : 281/91

Le Professeur Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

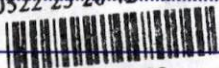
Prie M (Mme) : EL KHALLOUÏ Ne Ramel

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués et
lui présente suivant l'usage, sa note d'honoraires

Pour : consultation

S'élevant à la somme de : Trois Cent Dhs

Professeur Abdelhaq ALAOUI YAZIDI
Pneumologue - Allergologue
197/199, Bd. Bir Anzarane
Rés. El Walida, 2ème Etage, n° 9
Tél: 0522-25-26-42 - Casablanca



*Cette note d'honoraires tient lieu de facture

197/199, Boulevard Bir Anzarane, Résidence El Walida 2° étage N°9, Casablanca 20370

Tél : +212 5 22 25 26 42 - Gsm (si urgence) : +212 6 62 33 37 39 - INPE : 091035139

G-mail : pneumo2019.alaoui@gmail.com - ICE : 002245926000033- Patente : 35801382