

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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- 0010199

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

45705 ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3220 Société : Ram.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Bakou Mustapha

Date de naissance : 1945

Adresse : Lot Sidi Anderson Rue 60

N° 22 ou 72

Tél. 062247398 Total des frais engagés : + 46,707 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/06/2021

Nom et prénom du malade : Dr. Bakou Mustapha Age : 76ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Hypertension artérielle

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) : Le : 25/6/21

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 Actes
16/6/21			6	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SOUFIANE Groupe K, Rue 154 N° 23/25 El Oulfa - Casablanca Tél. : 05 22 89 89 85 I.C.E. : 000500246000026	16/6/21	46.70 DM

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

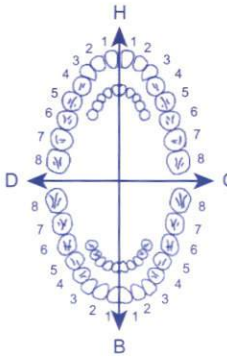
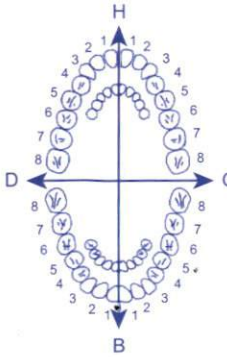
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX
	H		H																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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'EXECUTION

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

و المسالك البولية والأعضاء التناسلية

- خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط

- طبيب سابق بالمستشفى الجامعي ابن سينا بالرباط

- طبيب داخلي سابق بمستشفيات باريس - فرنسا

le 16/06/2021

PHARMACIE SOUFIANE

Groupe K, Rue 154 n° 23/25

El Oulfa - Casablanca

Tél. : 05 22 89 09 63

I.C.E : 000500246000026

Dr. Badr El Noshary

46.70

Dylonic ketyl lineti
100

(1/2 min)

PHARMACIE SOUFIANE

Groupe K, Rue 154 N° 23/25

El Oulfa - Casablanca

Tél. : 05 22 89 09 63

I.C.E : 000500246000026

LOT 210522

EXP 02 2025

PPV 46.70 DH

Dr. ZOUGAGHI SINANE
Chirurgien Urologue
193, Bd. Oum Rabii Appt. n° 14 - Oulfa - Casablanca
Tél. 05 22 89 00 98 06 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