

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 068014

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.

Prothésaire :

- 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 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

- Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 928 Société : RAM 83172
 Actif Pensionné(e) Autre : Vierge
Nom & Prénom : AZDOUN ZAKER
Date de naissance : 15/02/1947
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

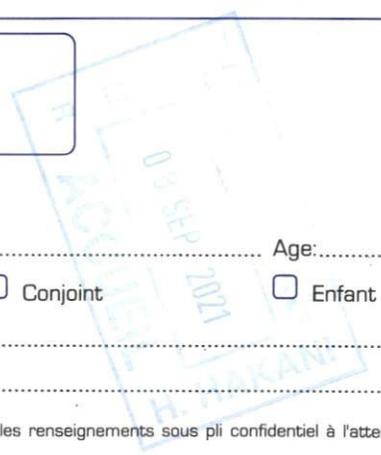
Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
Date de consultation :/...../.....
Nom et prénom du malade : Age:
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie :
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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



**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.

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.



Déclaration de Maladie

N° P19- 048824

Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

***Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 948 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre : Veuve
 Nom & Prénom : AZEDDOU ZINEB
 Date de naissance : 15/10/1947
 Adresse : Rue 14 N°11 Bin elawdouna
CASA
 Tél. : 06 49 91 97 12 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 26/8/18
 Nom et prénom du malade : M. AZEDDOU ZINEB Rembe MADRAH Age:
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : affection chronique
 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 Actes
26/08/20		CA	150 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/8/20	205,40
	27/8/20	65,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

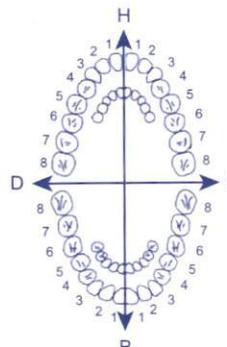
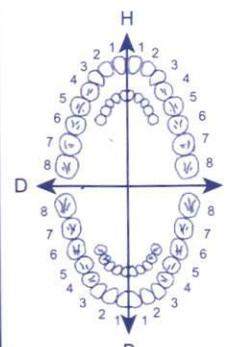
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 <input type="text"/>																				
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																				
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																				
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th colspan="2"></th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="4">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D			G	00000000	35533411	00000000	11433553	B					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		G																					
	25533412	00000000	21433552	00000000																				
	D			G																				
	00000000	35533411	00000000	11433553																				
B																								
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																				
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																				
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Souâd Meknassi

MEDECINE GÉNÉRALE

Médecine de Travail

Certificat de Nutrition

Diplôme d'Echographie Générale
de la Faculté de Médecine de Montpellier

162, Rue 33 (Ex . Rue Lakknadsa)
1er Etage - Bin Lamdoune - Casablanca
Tél : 05 22 21 52 49
Aut. N° 7.829



الدكتورة سعاد مكناسي

الطب العام

طب الشغل

شهادة الحمية و التغذية

شهادة التصوير بالصدى
من كلية الطب بمونبولييه

162، زنقة 33 (زنقة لثنادسية سابقا)
الطابق الأول - بين المدن - الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 21 52 49

Casablanca, le 26/07/2024 في الدار البيضاء،

9 rue AZAROUZ Ahmed

route waden

LOT	210436	1
EXP	02/2024	
REV	70,00	19,00

Azoulina Ras

2270,00 1/2 g/1/5 pour la suite

15,80

1 g/1/5

15,80
PPV 150H8
PER 02/24
LOT K319
S1

La wada

LOT: 210423
DLUO: 08/2024
49,00DH

49,60

2058

Ph...
Hay El Masjed Rue 48 N° 11
El Fida Casablanca
Tél: 05 22 21 52 49

DR. MEKNASSI S. S.
MEDECINE GENERALE
162, Rue Lakknadsa - Bin Lamdoune
C.A.S. S. B.L.A. N° 7.829
Téléphon: 022 21 52 49

LOT	210436	1
EXP	02/2024	
REV	70,00	19,00

Docteur Souâd Meknassi

MEDECINE GÉNÉRALE

Médecine de Travail

Certificat de Nutrition

Diplôme d'Echographie Générale
de la Faculté de Médecine de Montpellier

162, Rue 33 (Ex. Rue Laknadsa)
1er Étage - Bin Lamdoune - Casablanca
Tél : 05 22 21 52 49
Aut. N° 7.829



الدكتورة سعاد مكناسي

الطب العام

طب الشغل

شهادة الحمية و التغذية

شهادة التصوير بالصدى

من كلية الطب بمونبولي

162، زنقة 33 (زنقة لقنادسية سابقا)

الطابق الاول - بين المدن - الدار البيضاء

الهاتف: 05 22 21 52 49

Casablanca, le 31/08/2024 في الدار البيضاء،

9^{me} AZEDOU Zineb

Cardes aspirins

PPV (DH):

25,00

LOT N°:

1033

UT. AV.:

5

Handwritten notes and stamps on the left side of the page, including a date stamp: 05 22 21 52 49.

Handwritten signature and notes in the middle right section.

ZINASLIN®

PPV 40DH90

EXP 06/2024

LOT 15038 1

Handwritten notes and stamps on the left side, including a date stamp: 05 22 21 52 49.

Handwritten number 65,90

Handwritten signature and notes at the bottom, including a stamp for Dr. MEKNASSI Souad.

Handwritten notes at the bottom right, including the number 55.