

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Diagnostique 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

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- 064534

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1112 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MAHJAN Boucharh

Date de naissance : 01-01-1953

Adresse : hay Massira in 171 App 4 CBA

Tél. : 66 12 4959

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

البروفيسور علي اوبوخليك
Professeur Ali OUBOUKHLIK
NEUROCHIRURGIEN
15, Rue la Lande, 2ème étage N°6. Angle rue Amyo
Quartier des Hôpitaux - Casablanca (près de l'Hôpital) 20 août
Tél : 05 22 26 21 30 - Fax : 05 22 26 21 3

Date de consultation : 14/09/2021

Nom et prénom du malade : Taher Touria Age : 64

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Zone kout S. Ab

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 : 14/09/2021

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 14.09.21 | C | | 3.000,00 | Professeur Ali OUBOUK NEUROCHIRURGIEN 15 Rue la Lande, 2ème étage N°6, Angle rue Amyr Casablanca (près de l'Hôpital) 20 200 Tél : 05 22 66 21 30 - Fax : 05 22 66 21 3 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| PHARMACIE ADIL Dr Bouchra EL ANNOUMI Imm 71 N° 3 Hay Al Massira Hay Mohammadi Casablanca Tél : 05 22 63 87 58 | 14/09/2021 | 484,80 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

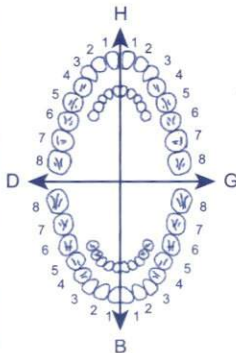
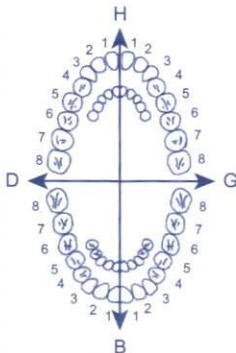
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |

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 canaux, ainsi que le bilan d

| 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><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table> | | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] | | | | MONTANTS DES SOINS | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | 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



CABINET DE NEUROCHIRURGIE ADULTES ET ENFANTS

Professeur Ali OUBOUKHLIK

NEUROCHIRURGIEN

البروفيسور علي أوبو خليك

جراحة الدماغ والعمود الفقري

Casablanca, le : 14. 9. 21

N. Toutou Jounis

PPV: 141 DH 60

PPV: 141 DH 60

PPV: 141 DH 60

14160 x3

Lirapyme 75



14160

3000

339,00

PPV 300 DH 00
PER 06/24
LOT N° 705

3000 x2 Dollar



14160 x30 30,00

1/2 p x 15

48480

PHARMACIE ADIL
Dr. Bouchra HADJOU
Imm. 71 N° 3 Hay Al Massira
Hay Mohammadi Casablanca
Tel: 022 63.87.58

Professeur Ali OUBOUKHLIK
NEUROCHIRURGIEN
2ème étage N°6
15 Rue la Lande - Casablanca (près de l'Hôpital 20 août)
Tél: 05 22 86 21 30 - Fax: 05 22 86 21 31

1/2 p x 15
1/2 p x 15
1/2 p x 15

15 Rue la Lande, 2ème étage N°6, Angle rue Amyot, Quartier des Hôpitaux - CASABLANCA

(Près de l'Hôpital 20 août) - Tél: 05 22 86 21 30 - Fax: 05 22 86 21 31 - E-mail: ouboukhlik12@gmail.com

EN CAS D'URGENCE : 06 61 14 21 50