

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-632438

86821



Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3021

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BELHAJ

Date de naissance : 01/01/1958

Adresse : RUE ENNOUSSI

Tél. : 06 25 88 75 10

Total des frais engagés :

Dhs

Dentaire

Société : RAM

Autre :

EL Housine

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/07/2021

Nom et prénom du malade : BELHAJ El Housine

Lien de parenté : Lui-même

Nature de la maladie : Migraine Transfissante du sur l'épaule

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : epaule gaudet

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 : 05/01/2021

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
28/07/2021	2	cl	INP : 091096863 Professeur Chirurgie au sein Dr. Chirurgie Mme Sultana Omar El Idrissi Lamda - Tel: 0522 17 12 72	155

EXECUTION DES ORDONNANCES

Montant de la Facture	Date	Nom du Pharmacien et du fournisseur
89,00	28/02/21	ABDOUSSALAM MOHAMMED TAOUFIK PHARMACIE FOUARAT Casablanca, Hay Al Qods, C.C.E. Tél. 0524 40 00 00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Pr. Mohamed Arssi

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE

TRAUMATOLOGIE DU SPORT

CHIRURGIE ARTHROSCOPIQUE

CHIRURGIE ET MEDECIN DU SPORT

TEL.: 0522 27 02 79 - Fax : 05 22 26 79 42

GSM : 0661 18 25 00 - 06 61 25 11 11 - E-mail : m.arssi@hotmail.fr

Casablanca, le 28 JUIL. 2021

ORDONNANCE

NOM & PRÉNOM DU PATIENT :

BELITTA L'HOUSSANE

- ALERTE 10 mg cp x 10 jours
- MEFSAL 15mg 1 Cp/j x 15 jours
- Oedes 20mg 1 gelule / j x 15 jours
- ANDOL 500mg cp 1 cp x 3 / j x 15 jours

- Sedalgie au ventre le soir -
1 cp x 2 par jour

- Noci cephal gel 1/ may
Tous les 11/ R

URGENCES 24H/24H

05 22 26 79 42، شارع عمر الباريسي (قرب حدائق مرسى الدار البيضاء - الفاكس:

64, BD Omar El Idrissi (en face du jardin murdoch) - Casablanca - Fax : 05 22 26 79 42

Tél.: 05 22 27 72 72(L.G) / 05 22 27 02 79 / 05 22 27 80 34 / 05 22 26 73 00 / 05 22 27 53 71 / 05 22 27 32 85

E-mail : Info@cliniquemerssultan.ma / www.cliniquemerssultan.ma