

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.

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

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

96236 N° M21- 0054894

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Médicament
☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HOUMANE EL Oustafa
Date de naissance : 12.10.1950
Adresse : 218 boulevard Boudami
Tél : 0663017869 Total des frais engagés Maroc cent quatre vingt dix Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ENNAJH Ahmed
Spécialiste en Médecine Interne
Rhumatismes Inflammatoires,
Maladies Systémiques &
Auto-immunes, Maladies
Inflammatoires, Hémato-Oncologie

Date de consultation : 15/09/2021
Nom et prénom du malade : HOUMANE EL OUSTAFA Age : 1950
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : arthrose, prothèse arthroscopique
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 : 3/11/2021


Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
15/09/21		02	250,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/9/21	7636,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

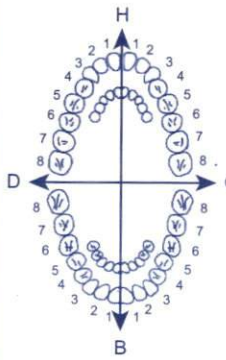
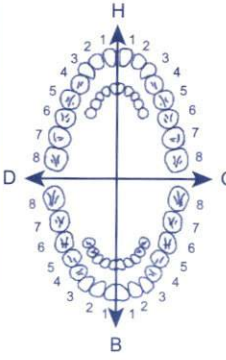
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</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 <input type="text"/>
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 <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 Ahmed ENNAJIH

SPECIALISTE EN MEDECINE INTERNE-RHUMATOLOGIE

SPECIALISTE EN GERIATRIE-GERONTOLOGIE

MEDECIN CERTIFIE EN HEMATOLOGIE CLINIQUE

MEDECIN CERTIFIE EN CARDIO-VASCULAIRE



الدكتور أحمد الناجح

اختصاصي في الطب الباطني وأمراض الروماتيزم
اختصاصي في أمراض الشيخوخة
حاصل على شهادة في أمراض الدم السريرية
حاصل على شهادة في أمراض القلب والشرابيين

- Rhumatologie-Maladies systémiques et auto-immunes
- Hématologie - maladies infectieuses
- Angiologie (artères- veines- lymphatiques)
- Gériatrie - gérontologie
- Diabète sucré - facteurs de risque cardio-vasculaires
- traitement biologique des maladies rhumatismales et auto-immunes

- أمراض الروماتيزم - أمراض الأجهزة والمفاصل الذاتية
- أمراض الدم والأمراض المعدية
- (أمراض الدورة الدموية) الشرابيين، النوردة، اللفافية
- أمراض وعلم الشيخوخة
- مرض السكري - عوامل التعرض لأمراض القلب والشرابيين
- العلاج البيولوجي لأمراض الروماتيزم وأمراض المناعة الذاتية

ORDONNANCE

Nom & Prénom :

HANANE EL MESTARA

El Jadida le :

15/09/21

LOT : 8195
UT. AV : 03-24
P.P.V: 32 DH 00

charte 10 af.
32.00
lyst x 2 x 15 jours
Zynaca 4
95.00 x 6
50.70 x 6
91.00 x 6
30.70 x 6
1636.40
Zest. le 20/09/21 auc x 6 x 1
lond en 12 (5 mg)
cholestin 10 mg
test des opis x 30
Kondé à 15 g/200 ml
Ar di 06 mois

شارع محمد الخامس إقامة راضية الطابق الاول الشقة رقم 3 الجديدة

Adresse: Bd Mohammed V Résidence RADIA 1 1^{er} étage App. N° 3 El Jadi

Tél : 0661230476 - 0523340787 / E-Mail : ah.ennajih@gmail.com