

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W21-638272

2022

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 1696	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : ASSIL AITA		
Date de naissance : 01.6.1956		
Adresse : CASA OULCA lot ESSAFA N°44		
Tél. : 0661693366	Total des frais engagés :	669,10 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin		
Dr. FIKAL NAJOUA Cardiologue Boulevard Zbibir, lot N 156, étage 1 EL OULFA - Casablanca Tél. : 0522900200 - Gam: 06 61 61 02 71 INP: 001215215		
Cachet du médecin :		
W/01/2022		
Date de consultation :		
Nom et prénom du malade :		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint
<input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie :		
HHTA + valvule		
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 : **21/11/22**

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W21-638272
Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule :	1696
Nom de l'adhérent(e) :	ASSIL
Total des frais engagés :	669,10
Date de dépôt :	/

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
21/01/22	CS	250,00		DR. FIKAL NALOU Cardiologue N° 154 classe 1 Boulevard Zoubir, lot N° 11 d'El Oulefa Casablanca 10121 Tel.: 052900200 - GSM: 06 61 61 62 71 N° C.E.T. L 912-16215

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Zoubir Mme A. M. 6 mm. otica... T 05 22 034 190	21/1/22	419,10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXECUTION []
				FIN D'EXECUTION []
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
	D		B	
		[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			

Dr.FIKAL Najoua

Cardiologue

Ancien Médecin des Hôpitaux Savoie - LYON France
 Ancien Médecin du CHU Ibn Rochd - Casablanca
 Diplômée d'Échocardiographie - BORDEAUX France
 Diplômée d'imagerie Vasculaire non Invasive - PARIS Descartes France



الدكتورة فكال نجوى

أخصائية أمراض القلب والشرايين

طبيبة سابقا بمستشفى سافوا - ليون فرنسا

طبيبة داخلية سابقا بمستشفى ابن رشد - الدار البيضاء

دبلوم فحص القلب بالصدى من جامعة بوردو. فرنسا

دبلوم فحص الشرايين من جامعة باريس ديكارت. فرنسا

Casablanca, le : 21.01.22

نسمة NAHILA. Nahla.

145,-⁰⁰ Honia lamp le matin

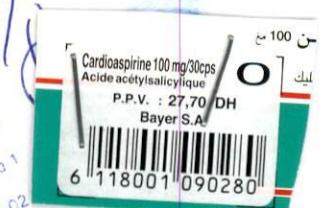
99,-⁰⁰ Juvalonut lamp/jr = 1boute

49,-⁶⁰ D. Cure F. lamp/sem

98,-¹⁰ Cosyrel 5/10 1/2 cp m.

Rosucas 500 mg.

27,-²⁰ Cardio Aspirine 100 mg 1cp/j



Pharmacie Zoubir
 Mme KAFELLA AM
 Lotissement ZOUBIR
 Casablanca
 Tel: 05 22 934 190

Dr. FIKAL NAJOUA
 Cardiologue
 Boulevard Zoubir
 Lot N° 58, el Jadida 1
 EL CULFA
 Casablanca
 Tel.: 0522 502300
 INE: 091245215
 GSM: 06 61 61 02 1



طابق الأول ، إقامة رقم 158 ، شارع الزوبي (مصطفى سلمات) ، أمام مجموعة مدارس لاجوكند الألفة - الدار البيضاء

1er étage, Lot N° 158, BOULEVARD ZOUBIR (MUSTAPHA SELMAT), en Face de G.S La Joconde El oulf

05.22.900.200

06.61.61.02.71

fikal.najoua@gmail.com