

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

- 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 Étage 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° W21-681824

101395

| | | |
|---|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | |
| Matricole : 02094 Société : RAM | | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |
| Nom & Prénom : ABDELGHANI YOUSSEF | | |
| Date de naissance : 2-9-55 | | |
| Adresse : LOTIS - AC LATMOUNE II Rue 85 n° 15 | | |
| CASA H.H | | |
| Tél. : 0619788916 Total des frais engagés : Dhs | | |

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

| | | |
|---|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | | |
| Cachet du médecin : | | |
| | | |
| Date de consultation : | | |
| Nom et prénom du malade : Mr. ABDELGHANI YOUSSEF Age: | | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | | |
| Nature de la maladie : Spine tube | | |
| 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 : CASA Le : 21/01/2022

Signature de l'adhérent(e) :

| | |
|--|---------------------------|
| VOLET ADHÉRENT | |
| Déclaration de maladie N° W21-681824 | |
| 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 : | Date de dépôt : |
| Nom de l'adhérent(e) : | Total des frais engagés : |

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 JAN 2022 | | 3 | # 300\$ | INP : 001MS6612 Dr. Alain RICHARD Urologue especialiste |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|---------------------------------------|-----------------------|
|  KIBBAI Soudi Pharmacie NOUR B. Angle Bouacoub El Maaoui & Sidi Abderrahman - Casablanca 2022 | <u>21</u> <u>01</u> <u>2022</u> | <u>306,60</u> |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et de Radiologie | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|-------------|------------------------------|------------------------|
| Professeur El Hadi Chouari Urologue au Abdellah Sidi Mokhtar | 21 JAN 2022 | 236435 | \$500Dt |

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|---|------------------|---|---|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|--|----------------------|
| | | | | <input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | |
| | | | | <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | |
| | | | | <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | |
| | | | | <input type="text"/> FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | <input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 00000000 | 00000000 | G | 35533411 | 11433553 | <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS | <input type="text"/> |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| B | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| G | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | <input type="text"/> DATE DU DEVIS | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |

Centre d'exploration Urologique

Endo-urologie - onco-urologie - Coeliochirurgie - Pelvi-périnéologie

Pr. EL MRINI Mohammed

Chirurgien Urologue

Membre de la Société Internationale d'Urologie

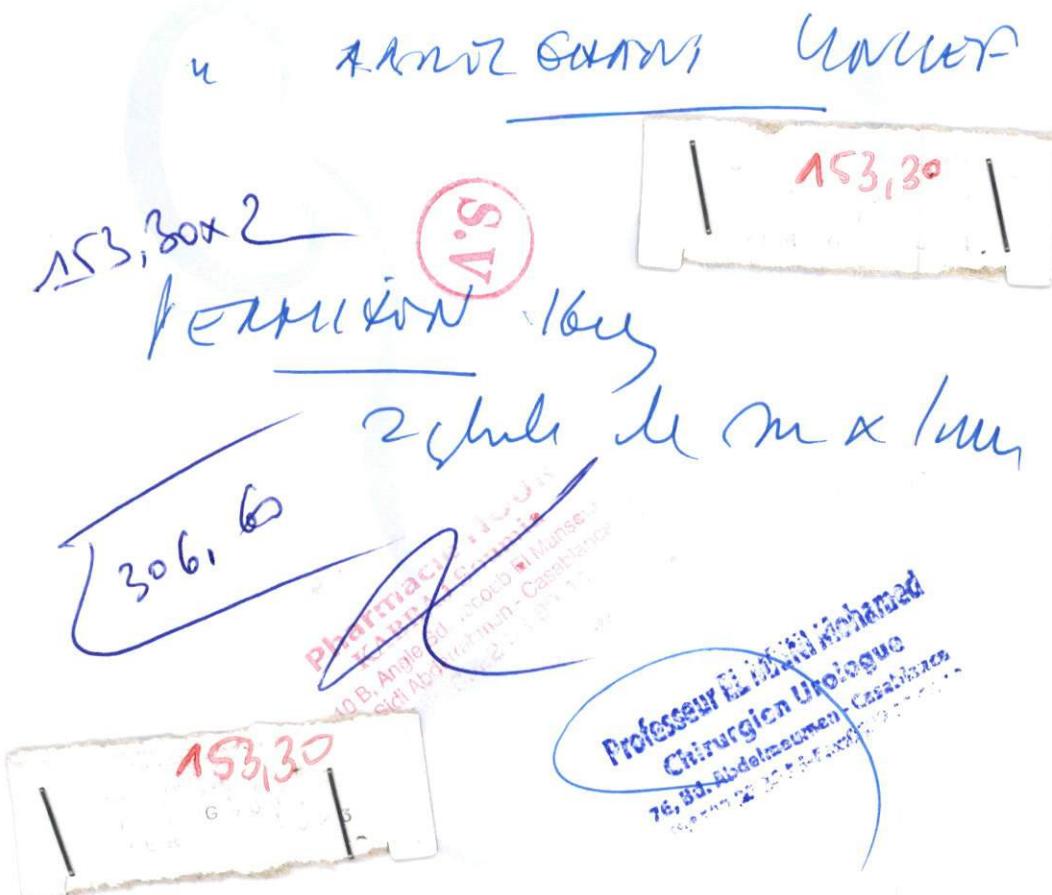


Dr. EL MRINI Mohamed

Chirurgien Urologue

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Casablanca, le 21 JAN 2022



76, Bd Abdelmoumen, Res. Koutoubia, 3 ème étage - Casablanca

E-mail : melmrini@hotmail.com

Tél. : 0522 25 36 36 - Fax : 0522 25 88 80

E-mail : elmrini_mohamed@hotmail.fr

Gsm : 06 61 16 33 03

Gsm : 06 61 07 35 76

Centre d'exploration Urologique

Endo-urologie - onco-urologie - Coeliochirurgie - Pelvi-périnéologie

Pr. EL MRINI Mohammed

Chirurgien Urologue

Membre de la Société Internationale d'Urologie



Dr. EL MRINI Mohamed

Chirurgien Urologue

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

21/01/2022
Casablanca, le

NOTE D'HONORAIRE

Nom: **Mr. ABDELGHANI**

Prénom: **YOUSSEF**

Date 21/01/2022

1. Consultation

C₃ =300dhs

2. Echographie rénale et vesico-prostatique Z_{35+35/2}=500dhs

TOTAL=800.00dhs

(Montant total s'élevant à huit cent dhs)

Professeur El Mrini Mohammed
Chirurgien Urologue
16, Bd Abdelloumen - Casablanca

AVEC REMERCIMENTS

76, Bd Abdelloumen, Res. Koutoubia, 3 ème étage - Casablanca

E-mail : melmrini@hotmail.com

Tél. : 0522 25 36 36 - Fax : 0522 25 88 80 E-mail : elmrini_mohamed@hotmail.fr

Gsm : 06 61 16 33 03

Gsm : 06 61 07 35 76