

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 Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (t.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-694756

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 309 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JMIAA AGHERSAFNE

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 661547385 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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

Nature de la maladie :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient																
			Coefficient des travaux <input type="text"/>																
			Montant des soins <input type="text"/>																
			Début d'exécution <input type="text"/>																
			Fin d'exécution <input type="text"/>																
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux <input type="text"/>																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			Montant des soins <input type="text"/>
	H		G																
	25533412	21433552	00000000	00000000															
00000000	00000000	00000000	00000000																
35533411	11433553																		
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis <input type="text"/>																	
		Fin d'exécution <input type="text"/>																	
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																	

VOLET ADHERENT	NOM : AGUERSAFENE JMIAA	Mle 00309
DECLARATION N° P 17 / 0066044		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
10/3/2022	8436,00	5
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		
Cachet MUPRAS		



P 17 / 0066044

DATE DE DEPOT

8 / 03 / 2022

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 00309
Nom & Prénom JMIAA AGUERSAFENE		Signature de l'adherent
Fonction	Phones 0661547325	
Mail laiba.8wn@hotmail.fr		
MEDECIN	Prénom du patient AGUERSAFENE JMIAA	
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Age		Date 10/02/2022
Nature de la maladie		Date 1ère visite
Ma la de de Parkinson		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires C = 3000		
PHARMACIE	Date 11/02/22	PHARMACIE SOUFIANE Groupe K. Rue 15, Casablanca EL Oulfa - Casablanca Tél : 05 22 89 09 65 MCE : 000500246000026
Montant de la facture 8136,00000		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
CACHET		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date
Nombre AM PC IM IV		Montant détaillé des Honoraires
		CACHET

Docteur Salwa OUMARI

NEUROLOGUE

Spécialiste des Maladies du Cerveau, de La Moelle Epinière,
du Nerf et du Muscle

- Epilepsie, Migraine, Accident Vasculaire Cérébral
- Maladie d'Alzheimer, Maladie de Parkinson
- Sclérose en Plaques, Myopathie, Neuropathie

Electroencéphalogramme (EEG/Vidéo EEG)

Electroneuromyogramme (EMG)



الدكتورة سلوى عماري

طبيبة إختصاصية في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

- أمراض الصرع، آلام الرأس، الدوخة، جلطة الدماغ
- مرض الزهايمر، مرض باركنسون، مرض التصلب المتعدد
- أمراض الأعصاب والعضلات

التخطيط الكهربائي للدماغ : الشبكة

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

22/02/2022

M. AGUERSSANE JMMA

339.00x24

1/ STALEVO 100mg

8136.00 1 pta

x46

par GMAIS

PHARMACIE SOUFIANE

Groupe K, Rue 154 N° 23/25
EL Oulfa - Casablanca

Tél: 05 22 89 09 63

I.C.E : 000500246000026

Docteur Salwa OUMARI

NEUROLOGUE

**Spécialiste des Maladies du Cerveau, de La Moelle Epinière,
du Nerf et du Muscle**

- Epilepsie, Migraine, Accident Vasculaire Cérébral
- Maladie d'Alzheimer, Maladie de Parkinson
- Sclérose en Plaques, Myopathie, Neuropathie

Electroencéphalogramme (EEG/Vidéo EEG)

Electroneuromyogramme (EMG)



الدكتورة سلوى عماري

طبيبة إختصاصية في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

- أمراض الصرع، آلام الرأس، الدوخة، جلطة الدماغ
- مرض الزهايمر، مرض باركنسون، مرض التصلب المتعدد
- أمراض الأعصاب والعضلات

التخطيط الكهربائي للدماغ : الشبكة

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

2022/10/11 &

Certificat Médical

Je soussigné,

Dr AGUE R S M NE

est clinicien en Consultation

pour se aff - en Neuro

193. شارع أم الربيع. الطابق الأول. الرقم 3 - (قرب ليدك) - الألفة - الدار البيضاء - الهاتف: 0522 90 22 66 - الفاكس: 0522 90 33 03

193, Bd. Oum Rabii, 1er étage, N° 3 - (Près de Lydec) - Oulfa - Casablanca - Tél.: 0522 90 22 66 - Fax: 0522 90 33 03

E-mail : s.oumari@hotmail.com

change de l'c m. la di
de Parkinson ne cessent
traitement au long

Dr. J. C. G. J. C. G. J. C. G.
BOGGER SAUVE GUINARD
NEUROLOGUE
80 Quai Pasteur - Casse - Tel. 9522 90 15
00120772 - 0019 004-00049

