

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

89V
8V
09V

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° M21- 0000966

107647

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 385 Société : A.T
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : VEUVE REZKI SMAN
Date de naissance : 24-11-1938
Adresse : 5 RUE N° 21 INARA CASABLANCA
Tél. : 0522 21 06 52 Total des frais engagés : 472,60 Dhs
06 49 355228

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Stamp: MUPRAS INKAKANI CASABLANCA, ACCUEIL, 17 MAR 2022, Spécialistes en Opt et Orthoptie, Service Faculté, Angle Bd. Al Oud et Bd. Hassan II, Casablanca, Tél. 05 22 22 59 04 / 06 10 88 02]
Date de consultation : 03/2022
Nom et prénom du malade : REZKI MAZOUZA Age: 83
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie : AFFECTION ORL
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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 : 03/03/2022
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
03/03/22	C2		300DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/03/2022	172,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

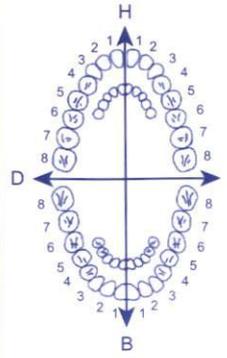
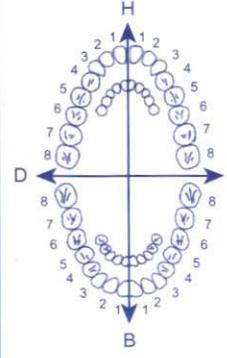
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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

Dr ALLOUANE Mohamed Amine

O.R.L et chirurgie cervico-faciale
Traitement de la surdité
Chirurgie de la thyroïde
Traitement du vertige
Prise en charge du ronflement
Rhinite Allergique
Chirurgie endoscopique
Ancien médecin à l'hôpital
20 Aout Casablanca

الدكتور علوان محمد أمين

جراحة الأنف والأذن والحنجرة
علاج الصمم
جراحة الغدة الدرقية (الكواتر)
علاج الدوخة
علاج الشخير
الحساسية
الجراحة بالمنظار
طبيب سابق بمستشفى 20
غشت الدار البيضاء

PHARMACIE LUMIERES
LAHRICHI SARL AU

550, Bd. Al Qods, Immeuble in Chok
Casablanca - Tél: 092 740427
Tél: 05 22 50 04 40

Implant Cochléaire
زراعة القوقعة

Casablanca le :

الدار البيضاء في:

03 Mars 2022

Mme REZKI MAZOUZA

69,100
DOCIVOX SIROP

1 cam x 3 / jour pendant 7 jours

55,10
OROPROPOLIS

1 pulv x 4 / jour pendant 5 jours

48,50
COTIPRED 20 MG

3 cp le matin pendant 3 jours

172,60

LOT: 220095
DLUO: 01/2025
69,0004

PPV: 48DH50
PER: 01/25
LOT: K3726

ROPROPOLIS
SPRAY BUCCAL

Dr. ALLOUANE Mohamed Amine
Spécialiste en O.R.L et Chirurgie
Angle Bd. Al Qods et Bd. Haifa
Ain Chock - Casablanca
Tel: 05 22 50 04 40 / 05 10 88 02 35

