

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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

N° M21- 1054620

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2170 Société : 110658

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HAMZA Khadija

Date de naissance : 24.11.1953

Adresse : Res. Alta dameuse Rue 1. Imme. 30. Apt 6. El. Oulfa

k.khadija.hamza.393@gmail.com

Tél. : 0666.699.95 Total des frais engagés : 508,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/12/22

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HAMZA KHADIJA

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 : 24/03/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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
24/03/22	CS		3000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/09/22	108.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

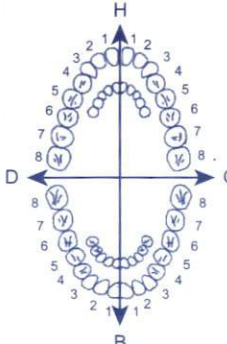
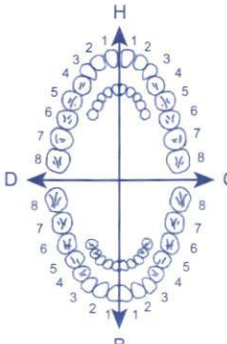
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
																	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
																	

PPV: 84D
PER: 11/2
LOT: K32

COEFF
DES T

MONTANTS
DES SOINS
PPV: 84DH80
PER: 01/25
LOT: L136

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

PPV: 84
PER: 0
LOT: L

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

PPV: 84D
PER: 01/2
LOT: L136

PPV: 84
PER: 01
LOT: L

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

PPV: 84DH8
PER: 01/25
LOT: L136

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

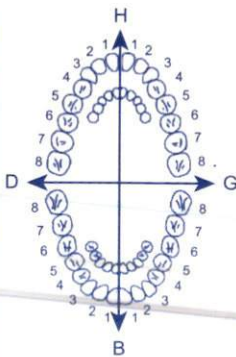
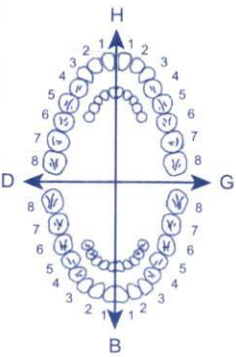
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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		
				COEFF DES TI MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> D 25533412 00000000 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> G 21433552 00000000 00000000 11433553 </div> </div> B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION	

PPV: 84DH80
PER: 11/25
LOT: K3274

PPV: 84DH80
PER: 01/25
LOT: L136

PPV: 84DH80
PER: 01/25
LOT: L136

PPV: 84DH80
PER: 01/25
LOT: L133-2

PPV: 84DH80
PER: 01/25
LOT: L136

PPV: 84DH80
PER: 01/25
LOT: L136

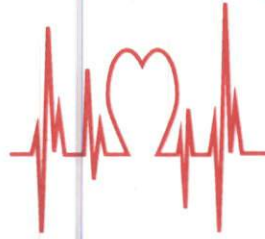
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Abderrahim TAJAOUI

CARDIOLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris
Spécialiste des Maladies du cœur et Vaisseaux
Exploration Cardio-Vasculaire
ECG-HOLTER TENSIONNEL
HOLTER RYTHMIQUE-ECHO-DOPPLER
CARDIAQUE - EPREUVE D'EFFORT



الدكتور عبد الرحيم تجوي

اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين

خريج كلية الطب بباريس

الفحص الألي للقلب و الشرايين

استكشاف الضغط و ايقاع النبضات

الفحص بالصدى للقلب

24.3.22

Mohammedia, le : : المحمدية، في :

Hmza Khatira



Mme Amal EL QABBAJ BAHRI
Docteur en Pharmacie
PHARMACIE DANTON
47 Boulevard Bir Anzarane
Tél 0522 29 09 78 - Sasablanca

Dr. TAJAOUI ABDERRAHIM
CARDIOLOGUE
2 Bd. Mohammed 5 Mohammedia
Tél : 05 23 31 23 23
INP : 091132779

Sur rendez-vous

بالموعد

إقامة بلفقيه (عمارة القرض الفلاحي) 2، شارع محمد الخامس - المحمدية / الهاتف : 05 23 31 23 23 - الفاكس : 05 23 32 44 00

Résidence Belafkih (Imm. Crédit Agricole) 2, Bd. Mohammed V - Mohammedia / Tél. : 05 23 31 23 23 - Fax : 05 23 32 44 00



COMMANDEMENTS IMPORTANTS A LIBRE POUVOIR
REMBOURSEMENTS ET EVI...

