

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 l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-690000

116548

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	3128	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	HASNAAOUI FATIMA
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : Total des frais engagés :			

Autorisation CNDP N° A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	<input type="checkbox"/> Cachet du médecin : 		
Date de consultation : 18/03/2022			
Nom et prénom du malade : HASNAOUI Fatima Age:			
<input type="checkbox"/> Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Nature de la maladie : <i>Syndrome obésité</i>			
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 : 25/05/2022

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
18/03/2022	<3NLsy	40000	40000	INP : 091097436

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE PRINCIPALE Mouamed Sultan 2000 Casablanca Tél: 05 22 22 11 10 - R.C. Csa : 100838 Nouvel Point Mers Sultan 2000 Casablanca Tél: 05 22 22 11 10 - R.C. Csa : 100838 BSS : 106411 F : 50905302 Patient N° : 3906256 INP : 0018977100045 INPE : 092049261	18/03/22	1631,62

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

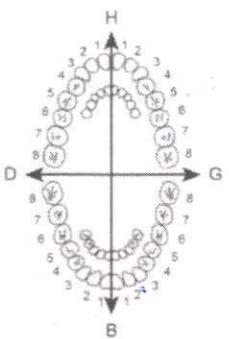
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

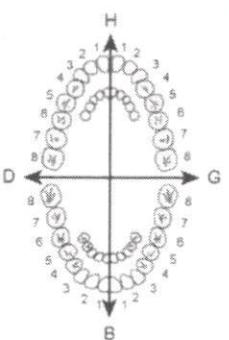
VOLET ADHERENT

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

SOINS DENTAIRES



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
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

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

الدكتور عبد الله مامو

NEURO - PSYCHIATRE
D.U. D'Angers
en expertise médicale
Ex. attaché des Hôpitaux de Paris
Médecin Expert auprès des Tribunaux



الاختصاصي في الاتصال العقلي والنفسي
غير منتحل لأى شخص على دريلم

الجريدة المطلية
ملحق سابق بمحاضفات باريس
طيب محفوظ لدى المحاكم

Ron
Tél: 118
CNSS: 118
ICE IN

الدار البيضاء في

Casablanca, le 18. 03. 22

الدار البيضاء في

1st Estima HAINAOUI

(1931-1932) 5. e. T. A. E. : 2 h 579,50

491,3005) *Orthomil* 30: 2 y. l. sp. 491,18
491,2

(23⁰⁰23) *Ternesula* L. 2 *in pair* \times 10²
gors 1.5 " " "
5 in 1 *in pair*

(59,10x) ~~Ammodramus~~ ^(S) from 1/2 " after
" 2. 1-1/2 "

~~25/12/62 Doctoren van Zonnestraal 75,-
12/1/63 1 op m. insomnie~~

Durée de Traitement 3 mois.

R.D.V. le 1910612022
à 947300

Mr. Abdallah AYAMOU

E. Abdellahs Vaccines
38, Bd Rachidi - Casablanca
Tél. 03 76 00 10

59,50

59,50

22
59,50

LOT : KE10050
PER : AVR 2023
PPV : 193 DH 00

LOT : KE10036
PER : FEV 2023
PPV : 193 DH 00

LOT : KE10050
PER : AVR 2023
PPV : 193 DH 00

TEMESTA 1MG
CP SEC B50
P.P.V : 23DH00
LOT : 20E03
PER : 07/2022

6 118000 011569

TEMESTA 1MG
CP SEC B50
P.P.V : 23DH00
LOT : 20E03
PER : 07/2022

6 118000 011569

TEMESTA 1MG
CP SEC B50
P.P.V : 23DH00
LOT : 20E03
PER : 07/2022

6 118000 011569

59,50

59,50

59,50

98,30

98,30

98,30

98,30

PPV 25,20 DH
LOT C561 PER 05/25

PPV : 55,80

LOT :

PER :

PPV 25,20 DH
LOT C561 PER 05/25

98,30

98,30

55,80

55,80