

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° M20- 0000083

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9576 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : AARIZA Mustapha
 Date de naissance : 18-05-1959
 Adresse : Lotissement AL KHODAMA 6, 1/2 92 ouefa
 Tél. : 0641.899393 Total des frais engagés : 364,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/04/2022
 Nom et prénom du malade : AARIZA Mustapha Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Syndrome du bas appareil urinaire
 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 : 28/04/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
28/04/22				<p> D. Hamza Urologue-Sexologue Tel.: 06 56 20 62 06 INPE: 0091186478 </p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p> L'EXTENSION Pharmacie - 06 56 20 62 06 TUN 05 2 53 46 40 </p>	28.04.22	364,20

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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'...

ture des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prot...

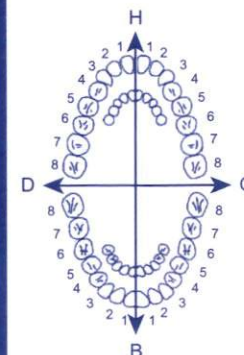
LOT 211325
EXP 05/2023
PPV 121.40 DH

s, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Natur
So



LOT 211326
EXP 05/2023
PPV 121.40 DH

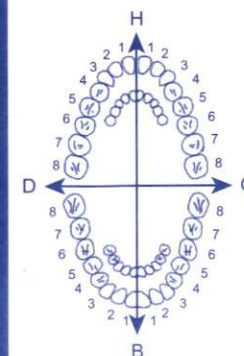
LOT 211325
EXP 05/2023
PPV 121.40 DH

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G 00000000
35533411 11433553
B

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Hamza EL NEIL
Urologue Sexologue
Andrologue



الدكتور النيل حمزة
أخصائي في جراحة الكلي
والمسالك البولية والتناسلية

28/04/2022

M^r Aziz Mustapha

721.40x3

1/ Umax 0,4 mg sp (A'S)
2 sp le soir p/r 3 mois

Cabinet Dr. Hamza EL NEIL
CENTRE DE SOINS D'UROLOGIE

364.20

PHARMACIE EXTENSION
24 Rue de l'Indépendance
Extension - CASABLANCA
Tél: 05 22 93 49 40

Docteur Hamza EL NEIL
Urologue-Sexologue
Tél: 06 56 20 62 06
INPE: 0091186478

إقامة المولد 4 مدخل (ب) الطابق 3 شقة رقم 36 ملتقى شارع أنوال وشارع عبدالمؤمن - الدار البيضاء
Résidence Al MAWLID 4 Porte (B) 3ème étage Apt. N° : B 36 - Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen - B.P. 20340 - Casablanca
Tél.: 0522 23 42 97 • Urg : +212 656 206 206 • elneilhamza@hotmail.com • N° ICE : 002752425000008 • INPE : 091186478