

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 radiés 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 canaux, 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 canaux.

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° P19- 051743

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3227 Société : RAN

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Imane Hamid

Date de naissance : 01.01.1983

Adresse : Hay My Rachid 66 Rue 10 N° 16

Tél. : 06 6034 11 42 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/04/22

Nom et prénom du malade : Imane Hamid Age :

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

Nature de la maladie : Affec neurologique

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) :

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
21/04/22			grat	


EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

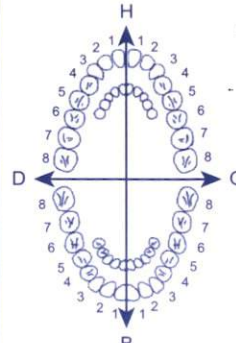
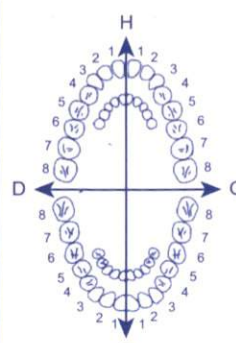
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	25.04.22		24	5		4800,00 rdn

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 l'ODF.

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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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. Mohamed MOKRI NEUROCHIRURGIEN

Chirurgie et maladies du crâne,
Système nerveux et de la colonne vertébrale.
Traitement de l'épilepsie
Electroencéphalographie

Ex. Médecin principal à l'hôpital Mohamed 5 - Méknes
Ex. Praticien au CHU Ibn Rochd - Casablanca



الدكتور محمد المقري

إختصاصي في جراحة وأمراض الرأس،
الأعصاب و العمود الفقري
علاج داء الصرع (الكبار و الصغار)
التخطيط الكهربائي للدماغ

طبيب رئيسي سابقا بمستشفى محمد الخامس - مكناس
جراح سابق بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد - الدار البيضاء

Casablanca, le :21-04-22.....

Centre Islam
AMRANE
Neurologie & psychiatrie
15, Rue 11 de la chaussée,
Salma Casablanca

Prier de faire un certificat
Molnu et fonctionnel par
M^r Imom Homiel que prest
un Hepleg doul seque
avec
24 pceson
Twi / 12

DR. MOKRI MOHAMED
NEUROCHIRURGIEN
Bd. Mohamed Bouziane Résidence Farhatine, Imm.4 Appt.2
1er étage - Sidi Othmane - Casablanca
Tél: 0522.551.092 / 0667.125.796

شارع محمد بوزيان، إقامة فرحتين، عمارة 4، شقة 2- الطابق الاول، سيدي عثمان - الدار البيضاء - (قرب أسيميا سيدي عثمان)

Bd. Mohamed Bouziane Résidence Farhatine, Imm.4 Appt.2

1er étage - Sidi Othmane - Casablanca (près de Acima Sidi Othmane)

Tél.: 0522.551.092

GSM.: 0667.125.796

Centre ISLAM
de Kinésithérapie
& Physiothérapie

Rue 13, N° 15 Etg Rc Essalama 1
GSM : 06 51 16 80 57



مركز إسلام
للترويض الطبي
والعلاج الفيزيائي

زينة 13 رقم 15 الطابق السفلي السلامة 1
المحمول : 06 51 16 80 57

Casablanca, le : 23.06.22 : الدار البيضاء، في :

Facture

000045

Nom et Prénom : IMANE HAMID

Montant : 1.800,00 (Dh)

La Somme de : Quatre mille huit

cent Dirhams

Pour 21 Séances de Rééducation

d'Homme à D6


Centre ISLAM
Kinésithérapie & physiothérapie
15, Rue 11, Rez de chaussée
Essalama - Casablanca

ICE :
000551564000085

	Date	Heure	Avance		Date	Heure	Avance
1	09.05.22	11h00	4800,00	16	13.06.22	✓	
	11.05.22	2	1.00	17	15.06.22	2	
3	13.05.22	2		18	17.06.22	2	
	16.05.22	2		19	20.06.22	2	
5	18.05.22	2		20	22.06.22	2	
	20.05.22	2		21	24.06.22	2	
7	23.05.22	2		22	27.06.22	2	
	25.06.22	2		23	29.06.22	2	
9	27.06.22	2		24	01.07.22	2	
10	30.06.22	2		25			
11	01.07.22	2		26			
	03.07.22	2		27			
13	06.07.22	2		28			
	08.07.22	2		29			
15	10.07.22	2		30			



kinésithérapeute
Physiothérapeute

مركز إسلام للترويض الطبي
CENTRE ISLAM DE KINÉSITHÉRAPIE



Nom & Prénom : IMANE HAMID
Pathologie : Hémiplégie de
Nombres des séances : 24 séances

15 Rue 11, RDC Essalama 1 - Casablanca
GSM : 06 51 16 80 57 - 06 61 62 84 99