

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° P19-0037224

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09438 Société : RAM -
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : LATIFINE MUSTAPHA -
 Date de naissance : 01-01-1961 -
 Adresse : TAMILA 4 Rue 84 N° 32 Casablanca
 Tél. : 061915358 Total des frais engagés : 500,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Pr. Majida Zaitouni
 Médecine Interne
 Pathologie Infectieuse Hépatologie
 Médecin Tropical
 Maladie Sexuellement Transmissible
 88, Bd. My. Idriss 1er - CAS
 Tél : 05.22.66.14.88
 Date de consultation : 18/07/2022
 Nom et prénom du malade : M. FALAH - ATIKHA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Douleur v. de M. et de l'abdomen
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Rénalgie, Néphralgie
 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 : 13/07/2022

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
18/07/2022	5	1	50000	<p>Ministère de la Santé Société Nationale de Médecine Interne Pathologie Infectieuse - Hépatologie Médecine Tropicale Maladie Sexuellement Transmissible 86, Boulevard Moulay Driss 1er - CASABLANCA Tél: 05 22 22 22 22 Dr. MAÏLIDA ZAHRAOUI</p>

Médecine Interne
 Pathologie Infectieuse - Hépatologie
 Médecine Tropicale
 Maladie Sexuellement Transmissible
 86, Boulevard Moulay Driss 1er - CASA
 Dr. Majida ZAHRAOUI

[illegible]

Montant de la Facture

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

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

[illegible]

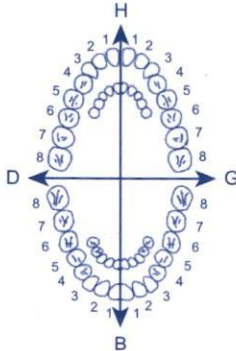
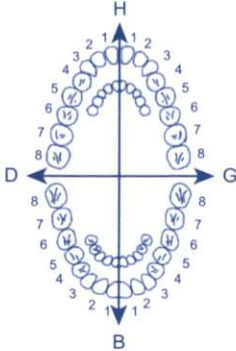
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

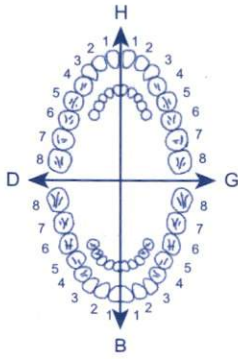
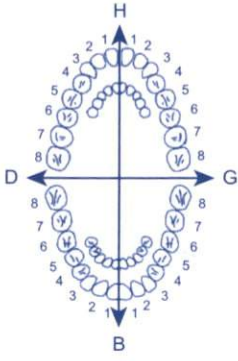
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient									
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>								
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>								
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>								
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> D <table style="border-collapse: collapse;"> <tr><td>25533412</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>35533411</td></tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> G <table style="border-collapse: collapse;"> <tr><td>21433552</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>11433553</td></tr> </table> </div> </div>			25533412	00000000	00000000	35533411	21433552	00000000	00000000	11433553	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
25533412	00000000											
00000000	35533411											
21433552	00000000											
00000000	11433553											
B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession												
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>								
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>								
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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		
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE				
	<div><div>H</div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D-----G</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
	<div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>			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