

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° S19-0003949

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09488 Société : Ram 125691
 Actif Pensionné(e) Autre : Retraité
 Nom & Prénom : HANSAI Samir Date de naissance : 12/05/1960
 Adresse : 3, rue Le Fenac B. NAERON
 Tél. : 0667815818 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 22/07/2022
 Nom et prénom du malade : HANSAI Samir Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : HIA - Soins
 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 : CASA Le : 22 / 07 / 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
20/09/20	C		20000	<i>[Signature]</i>

دكتور محلف، خبير النظامي
 طبيب مولاي الحبيب
 مستشفى الحسن الثاني
 رقم الهاتف: 06 66 00 00 00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Cachet]</i>	22-07-20	855,00

Magasin 2
 La Résistance Lot NASSIM GH9 Imm11
 20800-Tel : 06 23 32 00 44

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	

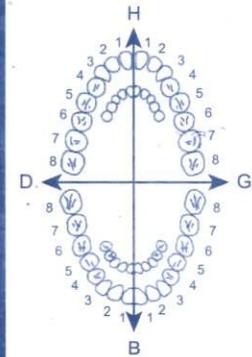
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'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	
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>
				Montants des Soins <input type="text"/>
				Debut d'Execution <input type="text"/>
				Fin d'Execution <input type="text"/>



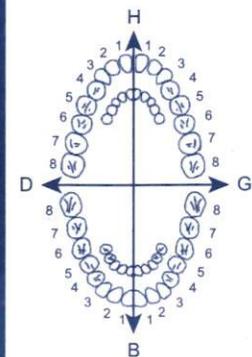
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
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

Docteur Saïd GZOULI

الدكتور سعيد الغزولي

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

طبيب محلف

خبرته لدى المحاكم
SAURA

HANSAI

Casablanca, le 22-07-2022 في الدار البيضاء، في

49,403

Amel 5
19/7

(S.V)

x 3 mois

49,40

49,40

49,40

36,00x3

Belamazol 20
19/7

(S.V)

x 3 mois

96,00

96,00

96,00

79,70

Amel 500
19/7

(S.V)

PHARMACIE
NASSIM
Bd. La Résistance Lot NASSIM GH9 Immt1
Magasin 2 Mohammeda 29000-Tel : 05 23 32 00 44

79 DH 70
AM V
PER 01/26
LOT 11/1

PPV: 113 DH 70

113,70

Ramaphed 20
17.06.2021

(S.V)

55,00

55,00

Bionylax
19/7

(S.V)

PPV: 22DH20
PER: 12/23
LOT: K3411

22,20x2

Codolipran
19/7

(S.V)

PPV: 27DH20
PER: 10/23
LOT: K2729

60, طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الإجتماعي) - مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca
Tél. : 05 22.90.70.88 : الهاتف - E-mail : drgzs@gmail.com

7. 28.00 *Handwritten text*

20.00x2

8. February 20 x 2
1 x 2

13.30

9. *Handwritten text*
38.70

10. *Handwritten text*

T. 855.00

Red stamp: جواز الترخيص الطبي رقم 0979010460 تاريخ 11/11/2023

BOTTU SA
PPV : 28 DH 00

PHARMED LOT : 7592
UT.AV : 03-25
PPV : 20DH00

PHARMED LOT : 6546
UT.AV : 01-25
PPV : 20DH00

LOT: M0739
EXP: JAN 2025
PPV: 19,30 DH

PPV 380DH0
EXP 11/2024
LOT 1001B 3

S.V

S.V

S.V

S.V

S.V