

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 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° W21-727745

Complément

126869

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11461

Société : RAN

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KADJAS

NAWAL

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : 23 / 02 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

[Stamp]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible][illegible][illegible]

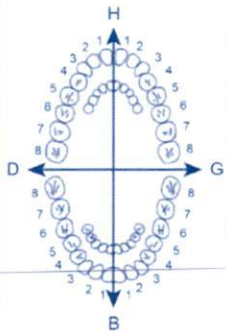
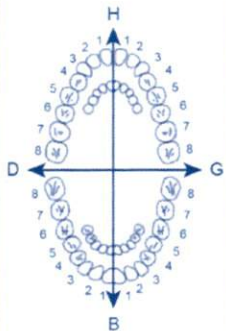
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Note Importante :

LES MEDECINS SONT PRIES DE S'ASSURER DE L'IDENTITE DU MALADE AVANT DE SIGNER LA PRESENTE
FEUILLE DE MALADIE

ORDONNANCE

le 27/10/2022

NOM DU PATIENT :

NAJATI ABAM

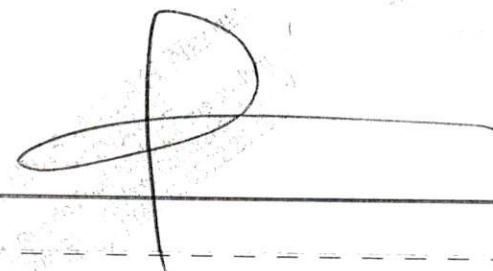
Age = 10 ans
P = 27 kg
P = 37 kg

(1) Vogolar 5mg
30,90 mg x 3 j pl 1 & 8h

(2) Immedat 1.00 x 3 j
95,00 pl 5 j

(3) DYNAVIT
1.00 mg pl 1 mg

125,80



Volet Détachable

A conserver par l'assuré

CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le : 27-05-2022

Facture N° 09423/22

A. Identification

N° Dossier : ATF22E27173419

N° Identifiant : 021135/22

Nom & Prénom : Enf. NAJJAT ADAM YANIS

C.I.N :

Adresse : CASA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE :

Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 27-05-2022

Date Sortie : 27-05-2022

Médecin traitant : DR. SEIF-ALLAH NADIA

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	CONSULTATION		300,00			300,00
Total Rubrique :						300,00
PARTIE CLINIQUE :						300,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
TOTAL GENERAL						300,00

Arrêté la présente facture à la somme de :


TROIS CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

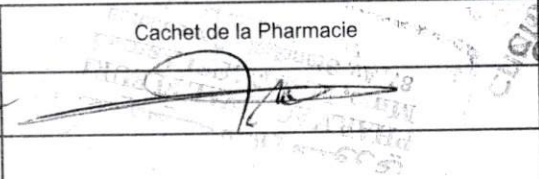
signature de l'assuré

CLINIQUE PÉDIATRIQUE
ATFAL
50, Bd. Abderrahim Bouabid
OASIS - Casablanca
Tél : 0522 23 18 18 - INPS : 440000000

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN

Date des actes médicaux	Nature de l'acte	Honoraires payés	Ordonnance	Signature et Cachet du médecin
27/05/22	Cs - Fracture de l'humérus	300,00	X	

PARTIE RESERVEE A LA PHARMACIE

Date	Cachet de la Pharmacie	Montant
17/05/22		125,80 €

PARTIE RESERVEE AUX AUXILIAIRES MEDICAUX (Analyses - Radiographies - Actes paramédicaux)

Date	Nature et coefficient	Nombre d'actes	Honoraires payés	Signature et Cachet de l'auxiliaire médical

Cadre réservé à la Mutuelle

Médecin-Conseil	Observations Dossier	Total des débours

Volet Détachable

A conserver par l'assuré



Rabat le 14/07/2022

Pôle Indemnisation,
Direction Accident de travail & Soins de santé
Service Indemnisation Santé

Décompte de remboursement

Sinistre : 3.31.2022.35837.2

Règlement : 2022/103268

Police : Al Amane Almihani STE MUTICERAME CADRE

Organisme : STE MULTICERAME

Date réception : 24/06/2022

Adherent : 18 - NAJJAT MUSTAPHA

Date de soins : 27/05/2022

Patient : 03 - NAJJAT ADAM YANIS

N° feuille de soins : 3612051

Acte	Frais engagés	Base remboursement	Taux remboursement	Remboursement
PHARMACIE	125,80	30,80	0.80	24.64
CONSULTATION SPECIALISTE	300,00	300,00	0.80	240.00
Total	425,80	330,80		264.64

Observation : dynavit NR

Mode de règlement : Chèque - 0424388



DECLARATION MALADIE N° 3612051

☐ Maladie ☐ Maternité ☐ Optique ☐ Traitements spéciaux

Renseignements concernant l'assuré(e)

Employeur :

Police N° :

Nom et prénom de l'assuré : Najat Aoustapha

Adhésion N° :

Cachet de l'employeur:

PARTIE A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Je soussigné :

docteur en médecine

demeurant à :

déclare avoir examiné

Nom et prénom du patient : NAJJAT Aoustapha

Date de Naissance : 11/09/2001

Lien de parenté :

FILS

Nature de la maladie : Jashuho

Durée du Traitement :

EN CAS D'ACCIDENT :

Effets et circonstances :

Déclaration faite à Casa

, le 09/05/2012

Cachet et signature du Médecin

Signature de l'assuré(e)



Police N° :

N° 3612051

Nom et prénom de l'assuré :

Adhésion N° :

Date de consultation:

Total des frais engagés:

Date de dépôt:/...../.....