

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

M22- N° 001526

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2962 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Abdelwahid JAMAL
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : 0661303998 Total des frais engagés : 465,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR MEKNASSI S. SOUD
 Date de consultation : 5/10/2022
 Nom et prénom du malade : ABDELWAHD JAMAL
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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) :

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
5/8/622		C	150	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/08/2022	314,80

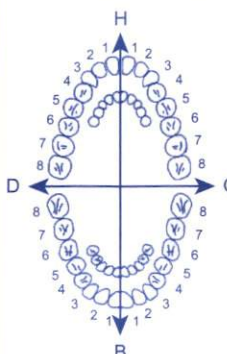
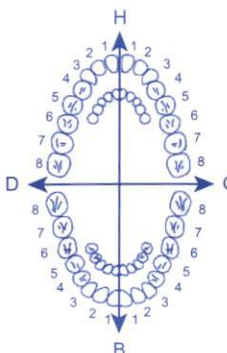
[illegible][illegible]

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 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>							
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H <table style="margin: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> G <table style="margin: auto;"> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> </div> </div>			25533412	21433552	00000000		00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		
	25533412			21433552										
	00000000			00000000										
	00000000	00000000												
	35533411	11433553												
	(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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Souâd MEKNASSI

MÉDECINE GÉNÉRALE

Médecine de Travail

Certificat de Nutrition

Diplôme de Médecine Esthétique
et Lasers Médicaux

Diplôme d'Echographie Générale
de la Faculté de Médecine de Montpellier



الدكتورة سعاد مكناسي

الطب العام

طب الشغل

شهادة الحمية والتغذية

شهادة الطب التجميلي

والليزر الطبي

شهادة التصوير بالصدى

من كلية الطب بمونبولى

Casablanca, le : 5/8/2022 : الدار البيضاء، في

72

ABDELWAHD

Jama P

95,00

Antyfla

Ballon

Not

1000

et son

49,40

Caltra

100 x 2/4

100,40

Bua

47,50 x 4

ADOLPH

162, Rue Laknadssa (Rue33) 1^{er} Etage, Bin Lamdoune - Casablanca. Tél : 0522 21 52 49

Aut. N° 7.829

214 80

ARTIFLEX®
ROLL-ON



6 111255 810338

*Soin Naturel de Confort
des Articulations et des Muscles*

49,40

100,40

LOT : 22001
PER : 06/25
P.P.V : 100LH40



LOT : 9994
PER : 06-25
P.P.V : 17 DH 50

LOT : 9994
PER : 06-25
P.P.V : 17 DH 50

LOT : 9167
UT. AV : 06-25
P.P.V : 17 DH 50

LOT : 9994
PER : 06-25
P.P.V : 17 DH 50