

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

M22- N° 004197

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1933 Société : RMM 144325

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL MAZOUNI Mustapha

Date de naissance : 19/04/1952

Adresse : 107 FAS 2 N° 21 Sidi Nour

Tél. : 0661106716 Total des frais engagés : 8603 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Nouredine ELMGHABBAR
MEDECIN DIRECTEUR
15, Rue Pasquier Bd. Abdelmoumen
Tél: 05 22 99 43 79/80 - Casablanca

Date de consultation : 31/10/2022

Nom et prénom du malade : Sidi Nour Age: 65 ans

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

Nature de la maladie : 6702 N° 01

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : infirmité

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 : 10/01/2023

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
31/10/22	C2		300,000H	Dr. Noureddine ELMOGHABBAR MEDECIN DIRECTEUR 15, Rue Pasquier Bd. Abdelmoumen Tél: 05 22 99 43 79/80 - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Ma Pharmacie 30 Bis, Fath II Sidi Maârouf CASABLANCA Tél : 05 22 78 62 05	31/10/22	8303,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

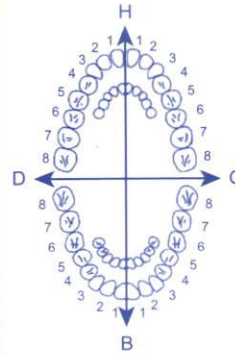
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

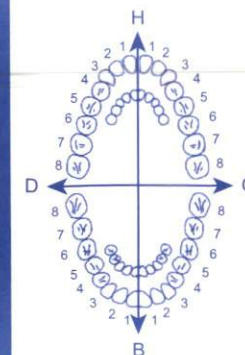
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		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 Noureddine ELMGHABBAR

NEPHROLOGUE

Titulaire du C.E.S.
Diplômé de l'Université de Lyon
Ex : Attaché au C.H.U de Lyon
Chef de service à la Polyclinique CNSS



الدكتور نور الدين المغير

إختصاصي في أمراض الكلى

الكلية الإسطفاية

خريج جامعة ليون

سابقا : ملحق بالمستشفى الجامعي بليون

رئيس قسم أمراض الكلية بمصحة ص.و.ض.ج

Casablanca, le 31/10/2011

N° SKALI Lami Rajaa

Traitement

(120,00 x 4)
- Dialyse 150



(107,70 x 3)
- Dialyse



(1250,00 x 6)
- RECORON 2000



12 SIC x 7 l
L di - record - vod

T= 8303,00

Ma Pharmacie
30 Bis, Fath II Sidi Maârouf
CASABLANCA
Tél : 05 22 78 62 05
Tél : 05 22 78 62 05
Tél : 05 22 95 43 79/60 - C

Ma Pharmacie
30 Bis, Fath II Sidi Maârouf
CASABLANCA
Tél : 05 22 78 62 05

120,00

120,00

120,00

120,00

CENTRE D'HEMODIALYSE LE PLATEAU

15, Rue Pasquier, Bd Abdelmoumen, Casablanca • Patente : 34712911 • CNSS : 2593508 • I.F.: 42202641
ICE : 001634861000058 • Tél.: 0522 99 43 79/80 • Fax: 0522 23 47 32 • E-mail : c.leplateau@gmail.com

6 118001 040049
Fabricant :
HERMES PHARMA GmbH
ALLGAU 36 - 9400 WOLFSBERG
AUTRICHE
BOTTU SA PPV : 107 DH 70

6 118001 040049
Fabricant :
HERMES PHARMA GmbH
ALLGAU 36 - 9400 WOLFSBERG
AUTRICHE
BOTTU SA PPV : 107 DH 70

Distribué par Roche S.A. 
Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Ivoire 05, Casablanca Marina
RECORMON 2 000 UI/0,3 ml 6 PFS
P.P.V. : 1 250,00 DH
6 118001 050352

Distribué par Roche S.A. 
Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Ivoire 05, Casablanca Marina
RECORMON 2 000 UI/0,3 ml 6 PFS
P.P.V. : 1 250,00 DH
6 118001 050352

Distribué par Roche S.A. 
Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Ivoire 05, Casablanca Marina
RECORMON 2 000 UI/0,3 ml 6 PFS
P.P.V. : 1 250,00 DH
7 6 118001 050352

Distribué par Roche S.A. 
Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Ivoire 05, Casablanca Marina
RECORMON 2 000 UI/0,3 ml 6 PFS
P.P.V. : 1 250,00 DH
7 6 118001 050352

Distribué par Roche S.A. 
Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Ivoire 05, Casablanca Marina
RECORMON 2 000 UI/0,3 ml 6 PFS
P.P.V. : 1 250,00 DH
7 6 118001 050352

6 118001 040049
Fabricant :
HERMES PHARMA GmbH
ALLGAU 36 - 9400 WOLFSBERG
AUTRICHE
BOTTU SA PPV : 107 DH 70