

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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



Complément Déclaration de Maladie

M22- 0005808

A 51031

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1859 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Anis Tazi

Date de naissance : 01.01.1949

Adresse : Rue 6 n° 62 lot ATTADARME . oulfa

ESSA

Tél. : 05.63.66.84.10 Total des frais engagés : 2302,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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 : ESSA

Le : 14/02/2023

Signature de l'adhérent(e) : AB

8



RELEVE 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

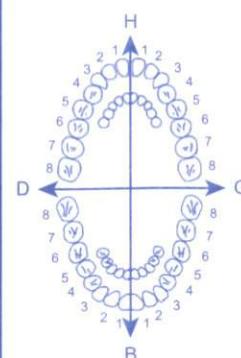
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur El Mehdi HISSANE

Gynécologue - Obstétricien
Stérilité du couple
Assistance Médicale à la Procréation
(IAC/FIV/FIV-ICSI)
Chirurgie gynécologique
Echographie - Colposcopie
Coelioscopie - Hystéroskopie



الدكتور المهدى حسان
أمراض النساء والولادة
عقم الزوجين
المساعدة الطبية للإنجاب
الجراحة النسوية
الفحص بالصدى
الجراحة والتشخيص بالمنظار

Casablanca, le 23/12/2022

Mme. BETTACH SOUAAD Épouse ANBI MOHAMED

1 OFIKEN 200MG - x1 Boite

Prendre 1 Comprimé le matin, 1 le soir, pendant 8 Jours

(SL)

2 URISPAS - x1 BOITE

1 Comprimé le matin, 1 à midi, 1 le soir, pendant 5 Jours

(SL)

Dr. El Mehdi HISSANE

T. 232.504
PHARMACIE RÉSIDENCE ANNAIM
Sihem GUERRAOUI
Domicile de Pharmacie
4, Résidence Annaim Oufa
Tél.: +212.39.49.09 - Casablanca

(Signature)

Résidence GHITA, 11 Rue Ibnou Babek,
1^{er} Étage [Collé à la clinique les IRIS],
Racine 20250 - Casablanca

Tél. : +212 522 95 04 39
: +212 522 94 29 45

secretariat@docteurhissane.ma
www.docteurhissane.ma

رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المقوّت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant
		e2	300,-
Barres			
Barres			

édicaux				العمليات المساعدين الطبيين	
رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
arres					
arres					
arres					

: Classification Internationale des Maladies - dixième révision

نوع وظيفة طبيب الأشعة أو الإحياني Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	المبلغ المفoter Montant facturé	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	رمز العمليات Code des actes	تاريخ العمليات Date des actes
	300,00	23		
INPE et code à Barres				
27/11/98	260	K10 = 1200,00		
24 DEC. 2002				
INPE et code à Barres				
15/03/2003				

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممنوعة
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
23/12/2022	T: 23 2,500 Dhs	PHARMACIE RÉSIDENCE ANNA Siham El BRAOUI Docteur En pharmacie 4, Résidence Annabou - Oulfa Tel: 05 22 89 43 09 - Casablanca
INPE et code à Barres 092050293		
INPE et code à Barres 1_1_1_1_1_1_1_1_1_1		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

DÉTAIL AMO

x

Numéro de dossier	Montant Remboursé (MAD)	Situation	Date de situation	Motif	Mode de paiement
113780935	1226.02	Envoyé à l'assuré	08/02/2023		Virement assuré



N° dossier	Type de dossier	Date de dépôt	Agence de dépôt	Date des soins	Montant des soins (MAD)	Bénéficiaire	Détail
113780935	Dossier de remboursement	19/01/2023	AL FATH	23/12/2022	2302,5	BETTACH SOUAD	

