

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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 Alil Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alil 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° W19-582551

16U246

Maladie

Dentaire

Optique ~~AS~~

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)	Société :	
Matricule : 00683	R.A.M	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : AOUAD M. HAMED		
Date de naissance : 11-12-1943		
Adresse : 256 Bd DE BORDEAUX ETG 5 APP 10 CASABLANCA		
Tél. : 0663188244 Total des frais engagés : 1340,50 Dhs		

Cadre réservé au Médecin	DR. Noureddine EL MGHABBAR MEDECIN DIRECTEUR 15, Rue Pasquier Bd. Abdelmoumen Tél: 0522 99 43 79/80 - Fax: 0522 23 47 32 Casablanca - INPF-091058529
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	31/10/2023
Nom et prénom du malade :	AOUAD M. HAMED Age: 79
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Douleur thoracique mal
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 cause relative à la protection des données personnelles.
Fait à CASABLANCA le 07 JUIN 2023
Signature de l'adhérent(e) :



ACCUEIL

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
31/07/23	C2		300,000 DT	INP : 091058529 Dr. Noureddine EL MOURABAR MEDECIN DIRECTEUR 13, Rue Pasquier Bd. Abdelmoumen Tél: 0522 984379/80 - Fax: 0522 234731 Casablanca - INP: 091058529

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Docteur en Pharmacie 139 Boulevard Ay Youssef Casablanca - Tél: 05 22 22 27 INPE: 092043355</i>	<u>31/05/2023</u>	<u>40,50</u>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	INP : <input type="text"/>								
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX								
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS								
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION								
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
	<p>H</p> <table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> <p>D <input type="text"/> G</p> <table border="0"> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>I B</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
25533412	21433552											
00000000	00000000											
00000000	00000000											
35533411	11433553											
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS								
				<input type="text"/> DATE DE 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 المغبار

اختصاصي في أمراض الكلى

الكلية الإكلينيكية

خريج جامعة ليون

سابقاً: ملحق بالمستشفى الجامعي بليون

رئيس قسم أمراض الكلى بمصحنة ص. و. ض. ج

Casabianca, le 31/05/2023

N. Noureddine

40,50

- 7- 80

11- 80

1

15

Dr. Noureddine ELMGHABBAR
NEPHROLOGUE
15, Rue Pasquier Bd. Abdelmoumen
Tél: 05 22 99 43 79/80 Casabianca

PHARMACIE NY YOUSSEF
Salma CHERIF D'OUAZZANE
Docteur en Pharmacie
139, Boulevard NY Youssef
Casabianca - Tel: 05 22 22 27 25
INPE: 092043355

6 118001103041
319334
Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés
Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casabianca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH

CENTRE D'HEMODIALYSE LE PLATEAU

15, Rue Pasquier, Bd Abdelmoumen, Casabianca • 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