

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : U95A Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Layachi Bennissa

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 81 19 31 89

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Jihel 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 : / /

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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

Nº M20- 0000606

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4451 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Layachi Ben Abdellah

Date de naissance : 1961

Adresse : Résidence ALFAJR NAMANE

Benabdelli El Oued caser

Tél. : 06 84 23 12 72 Total des frais engagés : 742,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02 / 07 / 2023

Nom et prénom du malade : Layachi Ben Abdellah Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Hypoglycémie

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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº M20-00606

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 4451

Nom de l'adhérent(e) : Layachi

Total des frais engagés : 742,70

Date de dépôt : 13/07/2023

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 02/07/23 | | | 600,00 | Signature et cachet du Médecin |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| Pharmacie - SAINT-PIERRE-LE-MONTEUR - 57 | 21/07/2023 | 71,40 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

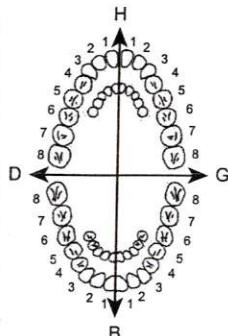
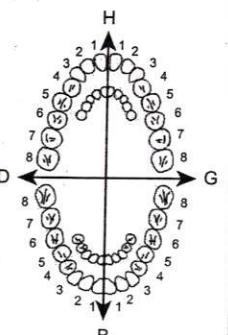
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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'ODE.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|--|---|---------------------------------------|-------------|---|
| |  | | | |
| | | | | 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 25533412 00000000 00000000 | G 21433552 00000000 00000000 | B | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H 35533411 | G 11433553 | B | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | 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 | | | | |



مصحة سلا تابريكت

CLINIQUE SALÉ-TABRIQUET

MÉDICO-CHIRURGICALE ET OBSTÉTRICALE

Conventionnée avec (CNOPS - FAR - CNSS)

الطبب - الجراحة العامة - جراحة الجهاز البولي - الجراحة التلطيرية - امراض النساء والولادة - الانعاش - التخدير - جراحة الأنف والاذن والحنجرة
جراحة الدماغ والجهاز العصبي وجراحة العمود الفقري - جراحة الوجه والعنق - جراحة التجميل - جراحة الشرايين - جراحة الأطفال
جراحة العيون - جراحة الطعام - قسم الأشعة



100003805

Médecine
Chirurgie générale
Urologie
Endoscopie
Cælio-Chirurgie
Chirurgie Gynéco
Obstétrique
Anesthésie-Réanimation
O.R.L.
Neurochirurgie
Chirurgie Cervico-faciale
Chirurgie Plastique
Chirurgie Vasculaire
Chirurgie Infantile
Chirurgie Ophtalmologique
Orthopédie
Traumatologie
Radiologie



46, زاوية شارع محمد الخامس وزنقة الفارسية - تابريكت - سلا
Tél. : 05 37 86 22 06 / 05 37 86 22 07 / 05 37 86 22 17 / 05 37 86 02 12 - Fax : 05 37 86 22 18
Patente : 29022485 - CNSS : 6558178 - IF : 36210110 - ICE : 001761804000092

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

1) Date de la Consultation :

2) Renseignements Clinique Sommaire :

Hypoglycemia

3) Traitement envisagé et actes correspondant à la cotation indiquée sur le bulletin d'information ou à la demande d'entente préalable (si possible, nombre des actes en série) :

Daphne
- order flint

4) Durée prévisible du traitement :

A dey
SOLI Le 21/11/14

Signature :

ture : 

CLINIQUE SALE-TABRIQUET MEDICO-CHIRURGICALE ET OBSTETRICALE

TEL : 037 86-22-17/06/07

FAX : 037 86-22-18

Date le : 02/07/2023

Facture 837123

NOM / PRENOM : Zineb

46, Angle Rue Farssia et Avenue Med V
Télé : 037 86 02 12 - 037 86 22 06 / 07/17
Fax : 037 86 22 18

| Designations | Nbr 06/07/17 | Montant |
|----------------|--------------|---------|
| cs + perfusion | - | 600,00 |
| TOTAL | | 600,00 |

Arrêté le présente Facture à la somme de : Six Cent dirhams

D.L.R.
Dr. Lamine
Tabriquet-Sale
60.000
Cinquième

Clinique Sale - Tabriquet
46, Angle Rue Farssia et Avenue Med V
Télé : 037 86 02 12 - 037 86 22 06 / 07/17
Fax : 037 86 22 18