

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

N° M21- 064197

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1564 Société : 2AM 169389
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ETANOUTI MOHAMED
 Date de naissance : 21-06-1974
 Adresse : 16, Rue EL OUKHOANE BEAUFOR
 CASABLANCA
 Tél : 066125110 Total des frais engagés : 375,00 # Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ETANOUTI MOHAMED Age : 1974

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

Nature de la maladie :

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 : 21 / 07 / 2023
 Signature de l'adhérent(e) : 25/07/2023

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

Pharmacie Des Clubs
Dr ESSAADOUNI Yasmine
18 Rue Annasne-Beausejour
Casablanca- Tél: 0522 36 26 32

25/6/13

37500

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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

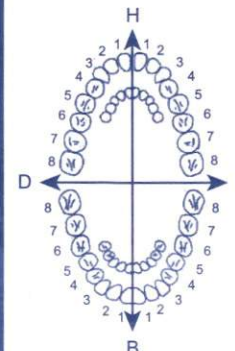
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

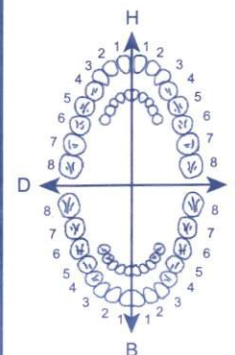
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G 00000000
35533411 11433553
B

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Maphar
Bd Akimia N° 6, al.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Hydrocortisone 10mg
B/25 CP
P.P.V : 37,50 DH
6 113001 182909

Maphar
Bd Akimia N° 6, al.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Hydrocortisone 10mg
B/25 CP
P.P.V : 37,50 DH
6 113001 182909

Maphar
Bd Akimia N° 6, al.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Hydrocortisone 10mg
B/25 CP
P.P.V : 37,50 DH
6 113001 182909

Maphar
Bd Akimia N° 6, al.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Hydrocortisone 10mg
B/25 CP
P.P.V : 37,50 DH
6 113001 182909

Maphar
Bd Akimia N° 6, al.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Hydrocortisone 10mg
B/25 CP
P.P.V : 37,50 DH
6 113001 182909

Maphar
Bd Akimia N° 6, al.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Hydrocortisone 10mg
B/25 CP
P.P.V : 37,50 DH
6 113001 182909

Maphar
Bd Akimia N° 6, al.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Hydrocortisone 10mg
B/25 CP
P.P.V : 37,50 DH
6 113001 182909

Maphar
Bd Akimia N° 6, al.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Hydrocortisone 10mg
B/25 CP
P.P.V : 37,50 DH
6 113001 182909

Maphar
Bd Akimia N° 6, al.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Hydrocortisone 10mg
B/25 CP
P.P.V : 37,50 DH
6 113001 182909

Maphar
Bd Akimia N° 6, al.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Hydrocortisone 10mg
B/25 CP
P.P.V : 37,50 DH
6 113001 182909

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom : ETTANOUTI MOHAMED	
Matricule : 1564	N° CIN : B184694
Adresse : 16, Rue ELOUKHOANE BEAUJOUR CASABLANCA	
Bénéficiaire de soins : <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant MIKOU A.	
Je soussigne :	Spécialité : ENDOCRINOLOGIE DIABET 39, BD. RAHAL EL MESKINI - C. TEL: 022 31 16 30 - FAX: 022 31 06 74
N° ICE : INPE 021113876	N° INPE :
Certifie que Mlle , Mme , M. :	
Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : insuffisance surrénale	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : Hydrocortisone 10mg 1/1 - 0 - 1	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	le 16 MAI 2023
Cachet et signature du médecin traitant :	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 40%;"> <p>DR MIKOU A. ENDOCRINOLOGIE DIABETE 39, BD. RAHAL EL MESKINI - CASA TEL: 022 31 16 30 - FAX: 022 31 06 74</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 40%;"> <p>MUPRAS 23 MAI 2023 ACCUEIL L. BOUZAACHANE</p> </div> </div>	

* Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées