

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.



Déclaration de Maladie

M23- 020879
176280

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1050 Société : ZERATIE
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL-AZRAK ABDELKRIM
 Date de naissance :
 Adresse : 14, Rue ATHENE 2 MARJ CASABA
 Tél. : 0662343362 Total des frais engagés : 50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : EL AZRAK Abdelkrim Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : changement de parent
 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 : Casaba Le : 28 / 09 / 2023
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
08/08/13	Pansement		100 DH	
09/08/13	Pansement		100 DH	
10/08/13	Pansement		100 DH	
11/08/13	Pansement		100 DH	
15/08/13	Pansement		100 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la facture

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

AM

PC

IM

IV

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 :

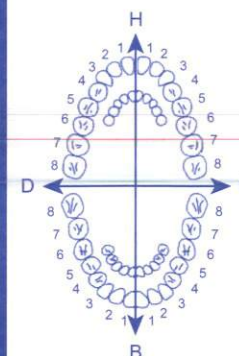
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 G

00000000 00000000

35533411 11433553

B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R E

N° : 23963 / 2023 du 11/09/23

Nom patient **EL AZRAK ABDELKRIM**
PAYANT

Entrée 08/08/23

Sortie 08/08/23

PANSEMENTS POSTE OPE

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	1.00		100.00	100.00
			Sous-Total	100.00
Total Clinique				100.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT DIRHAMS

Total 100.00

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA

CAISSE U

532 Bd Panoramique - Casablanca

Tél. 05 22 77 77 40 & 49 (L.G)

Fax 05 22 25 00 01

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R E

N° : 23964 / 2023 du 11/09/23

Nom patient **EL AZRAK ABDELKRIM**
PAYANT

Entrée 09/08/23

Sortie 09/08/23

PANSEMENTS POSTE OPE

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	1.00		100.00	100.00
			Sous-Total	100.00
Total Clinique				100.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT DIRHAMS	Total	100.00

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA
CAISSE
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (L-G)
Fax 05 22 25 00 01

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R E

N° : 23970 / 2023 du 11/09/23

Nom patient **EL AZRAK ABDELKRIM**
PAYANT

Entrée 10/08/23

Sortie 10/08/23

PANSEMENTS POSTE OPE

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	1.00		100.00	100.00
			Sous-Total	100.00
Total Clinique				100.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT DIRHAMS

Total 100.00

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA
CAISSE U
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél. : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)
Fax 05 22 25 00 01

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R E

N° : 23972 / 2023 du 11/09/23

Nom patient **EL AZRAK ABDELKRIM**
PAYANT

Entrée 12/08/23

Sortie 12/08/23

PANSEMENTS POSTE OPE

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	1.00		100.00	100.00
			Sous-Total	100.00
Total Clinique				100.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT DIRHAMS	Total	100.00

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA
CAISSE U
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél. 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)
Fax 05 22 25 00 01

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

FACTURE

N° : 21344 / 2023 du 15/08/23

Nom patient

EL AZRAK ABDELKRIM

PAYANT

Entrée 15/08/23

Sortie 15/08/23

PANSEMENTS POSTE OPE

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE				
PANSEMENT	1.00		100.00	100.00
			Sous-Total	100.00
Total Clinique				100.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT DIRHAMS

	Total	100.00

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA

CAISSE U

532, Bd Panoramique - Casablanca

Tél. : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)

Fax 05 22 25 00 01