

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° W21-813765

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10777 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ZRIQUEL RADWA
 Date de naissance : 04/09/1979
 Adresse : Rue Ali Abderrazak Residence ORITA
 Apt 11 Velodrome Case
 Tél. : 0663372527 Total des frais engagés : 550 + Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09 / 11 / 23
 Nom et prénom du malade : MONTAIB YASSIR Age : Mans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Douleur - lumbale - ALC
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : imprudence
 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 : Casa Le : 22 / 11 / 2023
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
09.11.23	CS		300 DHS	INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09.11.23	300,0

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	08.11.23	RX dent cheville FACE	500 DHS

AUXILIAIRES MEDICAUX

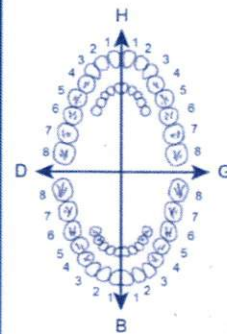
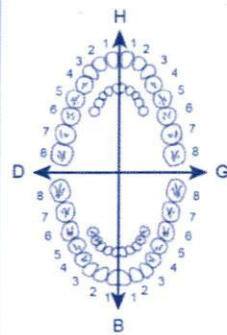
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> 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 <table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[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

Dr. Nacer ADNANE

Chirurgien Orthopédiste Traumatologue

Tél. : +212 (0) 5 20 17 71 00

GSM : +212 (0) 6 61 71 90 00

E-mail : adnane.ortho@gmail.com



د. ناصر عدنان

أمراض و جراحة العظام والمفاصل

الهاتف : +212 (0) 5 20 17 71 00

المحمول : +212 (0) 6 61 71 90 00

البريد الإلكتروني : adnane.ortho@gmail.com

Casablanca, le : ٠٦.١٠.٢١

NOTE D'HONORAIRES

le Docteur **Nacer ADNANE**,.....

a l'honneur de présenter ses meilleurs salutations

l'enfant: Moutaib yassir

pour la prestation :

. Rx des deux cheville face

soit la somme de 500 DHS

CACHET ET SIGNATURE

د. ناصر عدنان
Dr. Nacer ADNANE
Chirurgien Orthopédiste Traumatologue
Tél. : +212 (0) 5 20 17 71 00
GSM : +212 (0) 6 61 71 90 00
N° 091036014

Dr. Nacer ADNANE

Chirurgien Orthopédiste Traumatologue

Tél. : +212 (0) 5 20 17 71 00

GSM : +212 (0) 6 61 71 90 00

E-mail : adnane.ortho@gmail.com



د. ناصر عدنان

أمراض و جراحة العظام والمفاصل

الهاتف : +212 (0) 5 20 17 71 00

المحمول : +212 (0) 6 61 71 90 00

البريد الإلكتروني : adnane.ortho@gmail.com

Casablanca, le 28.12.23.

compte rendu radiologique

Nom: Moutaib yassir

Incidence:

Rx des deux cheville face

résultat :

. signes radiologiques en faveur d'une maladie de sever

د. ناصر عدنان
Dr. Nacer ADNANE
Chirurgien Orthopédiste Traumatologue
Tél. : +212 (0) 5 20 17 71 00 - GSM : +212 (0) 6 61 71 90 00
091036814