

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 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M22- 0036203

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11873 Société : R.A.M
 Actif Pensionné(e) Autre : Veuve
 Nom & Prénom : WASSOU ZINEB VUE BENOUAR
 Date de naissance : 1945
 Adresse : 79, Cst MAZOLA, Rue A, HAY HASSAMI, CASA
 Tél. : 0663400516 Total des frais engagés : 400+300+4038 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01 DEC, 2023
 Nom et prénom du malade : WASSOU Zineb Age : 1945
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : affet chronique
 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 : CASA BLANCA Le : 01 DEC 2023
 Signature de l'adhérent(e) :

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
01 DEC. 2023		600	300	<i>(Signature)</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>(Cachet)</i>	12/23	40380

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				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

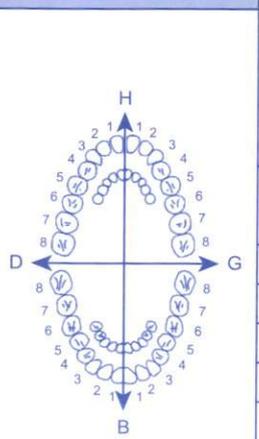
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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	
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>
				Montants des Soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

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

	Coefficient des Travaux <input type="text"/>
	Montants des Soins <input type="text"/>
	Date du devis <input type="text"/>
	Date de l'exécution <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Maladies des os, des articulations
et de la colonne vertebrale (sciatique)
Les rhumatismes
Ostéoporose et la goutte
Rhumatologie Pédiatrique
Echographie ostéo-articulaire



العمود الفقري (بوزلوم)

طفال

2206252
11-2025
119,00 DH

Lot N°:
EXP:
PPV:

01 DEC. 2023

M^e Wassou Anub

13900
1/12/2023. sehr



Artik J (Osmos)

2/ Sprixia 90 1cp/J (Olyj)

198.00

3/ Noceptol 1cp + 2/J (Amos)

1400

4/ Delysium 1000mg cp 1p/J

5280

5/ Gede 20

40280

Dr. MAKHCHOUNE Mouna
Rhumatologue
Imm C Appt. N°6
Route Mly Thany, Hay Hassani
Zem Zem
Tel: 0522 73 44 42

PPV: 14DH00
PER: 09/26
LOT: M3083

LOT 211482
EXP 04/2024
PPV 52.80DH



Cabinet de Rhumatologie

الدكتورة مخشون منى

Casablanca le 01/12/2023

NOTE D'HONORAIRE

Identifiant fiscal : 20728732

Identifiant à la Taxe professionnelle : 31658954

Mme. WASSOU ZINEB

INFILTRATION K 10 DU GENOUX 300DH

Arreté la présent facture à la 300DH

الدكتورة مخشون منى
Dr. MAKHCHOUNE Mouna
Rhumatologue
Riad Bernoussi, Imin. C Appt. N°6
2ème Etg. Sidi Bernoussi - Casa
Tel.: 0522 73 44 42

Adresse : Boulevard Imam Chafii , Lot 1 ,N°75 ,quartier alqods Sidi Bernoussi -Casablanca .Tél : 0522
73 44 42 /06 13 01 25 35