

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.

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
M22- 0050416

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9766 Société : RA M
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : M - BAST FATIMA 193067
 Date de naissance : 07-11-1967
 Adresse : 273 Bd My Youssef CASABLANCA
 Tél. : 0678207057 Total des frais engagés : 388,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur OUDGHIRI SAIDA
 Cachet du médecin : MEDECINE GENERALE DIABETES NUTRITION 34, rue des Lises (ps) Angles 100 du de Bordeaux CASABLANCA - Tél : 0522.27.87.08
 Date de consultation : 24 Janv 2024
 Nom et prénom du malade : BAST FATIMA Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Bronchite
 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 : NSR Le : 31/01/2024
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0050416

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 : 9766
 Nom de l'adhérent(e) : BAST
 Total des frais engagés : 388,90
 Date de dépôt : [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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 24 Janv 2024 | | C1 | 200 DH | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|-------------------------------------|------------|-----------------------|
| | 24/01/2024 | 188,90 DH |

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 | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

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

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 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"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>B</th> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table> | | | H | | G | | 25533412 | 00000000 | 21433552 | 00000000 | D | B | D | G | 00000000 | 35533411 | 00000000 | 11433553 | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| H | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 00000000 | 21433552 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | B | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 35533411 | 00000000 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 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

Docteur OUDGHIRI SAIDA

MEDECINE GENERALE

DIABETOLOGIE - NUTRITION

الدكتورة ودغيري سعيدة

الطب العام

مرض السكري - أمراض التغذية

أمراض الكوليستيرول

24 Janv 2024

Casablanca, le :

الدار البيضاء، في :

26.90 BAST FATIMA
- Vit c 1000 (1 bte)

93.00  1 le matin

- Le Vamox 1g sachet (1 bte 18)

69.00  1 - 0 - 1 AVT. Repas

- Docivox (1 fl)

 1 ca. s x 3 / j Ap. Repas

188.90

Docteur OUDGHIRI SAIDA
MEDECINE GENERALE
DIABETOLOGIE - NUTRITION
334, rue de la Bourdonnais (ex Lesseps)
Angle 180, bd de Bordeaux
CASABLANCA - Tél : 0522.27.87.08

PHARMACIE DERB TALIANE
416, Rue Goulmina - Casablanca
Tél: 05 22 27 79 95
ICE: 002804443000082

PPU 93DH00 LOT 25006 4
EXP 04/2025

LOT: 230740
DLUO: 08/2026
69.000H