

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.



Déclaration de Maladie

Nº W21-718920

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	12363	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	A98045
Nom & Prénom :	WALDI ISSAM		
Date de naissance :	16/01/1985		
Adresse :	APP 7 TMA 105 GOLF CITY VILLE VERTE BOUB KOURA		
Tél. :	0661 2382 76	Total des frais engagés :	7183,20
Dhs			

Autorisation CNPP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	 <i>Pr. M. MOUDATIR</i> <i>Professeur de l'Enseignement Supérieur</i> <i>Service de Médecine Interne</i> <i>CHU Ibn Rochd Casablanca</i> <i>INPE: 001131167</i>
Date de consultation :	15/11/2023
Nom et prénom du malade :	MR WAGABD Slaoui
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Maladie cardiaque
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 :

Signature de l'adhérent(e) :.....



RELEVE 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
20/15/2023	C	6		INP : 109108111427 Enseignement Médecine Internie Fichd Casa 03-1427 Signature

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE GOLF Centre Commercial Bouskoura Golf City N°9-Bouskoura Casablanca Tél: 0522 59 07 09 Fax: 092079649	15/12/23	4123,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

URGENT

RELEVE 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	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	<p align="center">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>H</td><td></td><td>G</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>00000000</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td>35533411</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr><td>B</td><td></td><td></td></tr> </table> <p align="center">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		G	25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	00000000	D		G	00000000	00000000	35533411	35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		G																							
25533412	00000000	21433552																							
00000000	00000000	00000000																							
D		G																							
00000000	00000000	35533411																							
35533411	11433553																								
B																									
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																					



مَسْجِدُ دَارُ السَّلَامِ

CLINIQUE DAR SALAM

Casablanca, le 15/12/2023

Mr. M. MOUDATIR
Professeur de l'Enseignement Supérieur
Service de Médecine Interne
Chu Ibn Rochd Casablanca
INPE: 091031427
ISSam

1) Carbomagl cp 1 n°8

2 cp 1 j

2) MS, ob Xf
Cellcept + cp
2 cp x 2 l



3) Allogox 2
odes cp 20 mg
1 cp 1 j malin



4) Valdox 6
Galifix



5) 69,00 x 3

6) Kelmane

139,00 x 2

7) Relaxil

Mr. M. MOUDATIR
Professeur de l'Enseignement Supérieur
Service de Médecine Interne
Chu Ibn Rochd Casablanca
INPE: 091031427



8) 7423,20 URGENCES 24/24 مستعجلات



LOT: 220560
DLUO: 07/2025
69,00 DH

LOT: 230555
DLUO: 06/2025
69,00 DH

LOT: 230687
DLUO: 07/2025
69,00 DH

LOT: 220819
DLUO: 12/2025
139,00 DH

6 118001 050031

LOT: 211543
PER: 05-2024
PPV: 140,00 DH

LOT: 211541
PER: 05-2024
PPV: 140,00DH

A 44 42 - 20

PPV 42 - 20