

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.

Diagnostique 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.

Prothèse 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

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 Angie 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° P19-0029281

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05468 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SEHWANI Naima

Date de naissance : 24/01/1954

Adresse : Ale elok nif mami Residence Taglyant

n° 4 casablanca

Tél. : 06439693 Total des frais engagés : 749,65 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/04/22

Nom et prénom du malade : SEHWANI Naima Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Bronchite aiguë - infection génitale sexuelle

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 : Casablanca

Le : 01/04/2022

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
01.06.22		cg	150,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01-04-22	519,65

[illegible]

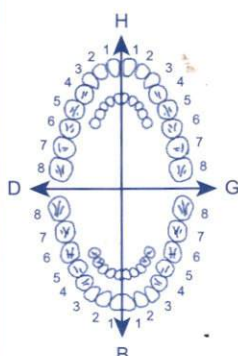
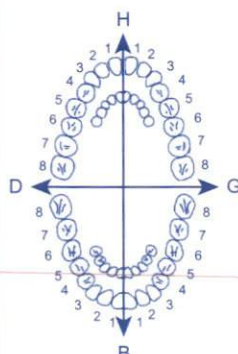
AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre			Montant détaille des Honoraires
		A M	P C	I M	
	A. H. L.			8	80,00

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'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				Coefficient DES TRAVAUX																
				MONTANTS DES SOINS																
				DEBUT D'EXECUTION																
				FIN D'EXECUTION																
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: right;">25533412</td> <td style="padding: 5px; text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: right;">00000000</td> <td style="padding: 5px; text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">D</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: right;">00000000</td> <td style="padding: 5px; text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: right;">35533411</td> <td style="padding: 5px; text-align: left;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	G		B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	G																			
	B																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EX

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

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

مديوني ١ - لهرأويين الدار البيضاء (قرب الصور الأبيض) - Medioune I - Lahraouiyne Casablanca -

Soluté Injectable 4 ml

LOT: 427 EXP: 10/23
PPV: 26DH20

Soluté Injectable 4 ml

LOT: 421 EXP: 10/23
PPV: 26DH20

Soluté Injectable 4 ml

LOT: 427 EXP: 10/23
PPV: 26DH20

Soluté Injectable 4 ml

LOT: 427 EXP: 10/23
PPV: 26DH20

Soluté Injectable 4 ml

LOT: 427 EXP: 10/23
PPV: 26DH20

Dr. Abdelouahed EL HAITE
Médecine Générale Et D'urgence
Echographie
Electrocardiogramme - Circoncision
Oxygène Médical

الدكتور عبد الواحد الحيطي
الطب العام والمستعجلات
الفحص بالصدى
التخطيط القلبي - الختانة
الأوكسجين الطبي

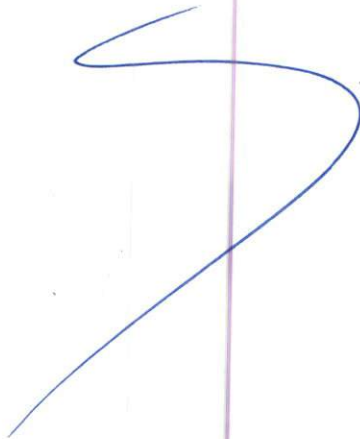
Casablanca, le 01-04-22 في الدار البيضاء.

Note d'honneur

Sehouni Naima

8 IN = 80,00

quatre vingt 08



Dr. Abdelouahed EL HAITE
Médecine Générale Et D'urgence
Echographie - Circoncision
Oxygène Médical

En Cas d'urgence : 06 69 83 19 01 : في حالة مستعجلة :