

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Frise 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 Angie Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horiage Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-713100

125648

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2340 Société : RAS
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraite
 Nom & Prénom : ALAMI CHARLES KHALIL
 Date de naissance : 10.3.55
 Adresse : 2, 25, LA MOUZA, CASABLANCA
 Tél. : 0614 440694 Total des frais engagés : 965,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 11/01/2022
 Nom et prénom du malade : ALAMI CHARLES KHALIL Age : 67
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Maladie
 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 : 23/06/2022
 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
23/06/82		CG		INP : 0000000000 .LIM jiane Neurochirurgie Chu Ibn Rochd Casa

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/06/22	965,00
	INF6: 092041369	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

[illegible][illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ROYAUME DU MAROC

ابن رشد

Casablanca

Ministère de la Santé

Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd

Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

المملكة المغربية
وزارة الصحةالمركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد
مستشفى ابن رشد - أدار البيضاءHôpital sans Tabac
Fumer Tueمستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

Casablanca, le : 23/06/2022

ORDONNANCE

Docteur :

Dr. Albani Chems Koud

347,00 x 2
= 694

109,00

1) Novex .0,6 u
sig 1/52) Zamea ng.
Intx 2/5

47,00

3) Dazov (avant)

57,50 x 2
= 115

Total 965,00 sig 1/5

LIMI Jnan
Neurochirurgie
Chu Ibn Rochd CasaLOT: 220867
EXP: 12/2024
PPV: 347,0001H

347,00

LOT: 220867
EXP: 12/2024
PPV: 347,0001H

347,00

PPV: 109DH00
PER: 11-24
LOT: K3063

47,80

