

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 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° M21- 0018861

- Maladie Dentaire Optique **146903** Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **02015** Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **EL OIRDI ELMOSTAFA**

Date de naissance : **01.01.1952**

Adresse : **Derb Nejma Bloc 429 n° 20 Hay Hassani CASABLANCA**

Tél. : **0661264076** Total des frais engagés : **943,80** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **02/01/2023**

Nom et prénom du malade : **EL Oirdi EL Mostafa** Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Cystite**

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 : Le : / /

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
02/01/23			150.000	Mustapha NAJI Ancien Médecin des Hôpitaux Militaires Lissasfa Extension n° 353 Casablanca Tel: 6822 63 07 04

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/01/23	793,80

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 :

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	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

عيادة

طب الأطفال

داء السكري - الكوليسترول

ارتفاع الضغط الدموي - التخطيط الكهربائي للقلب

أمراض الغدد / عقم الزوجين / أمراض المفاصل

الطب النفسي - أمراض الجهاز العصبي

الدكتور المناجي مصطفى

خريج المدرسة الملكية للصحة العسكرية بالرباط

خريج كلية الطب بالرباط

طبيب عسكري سابق بالمستشفى العسكري - الرباط

طبيب سابق بالمستشفى العسكري الفرنسي - باريس



Casablanca, le : 02 101 123

Nom et Prénom : EL Dindi EL Mostafa

Handwritten notes and calculations:

- 140,00 x 2 = 280,00
- 74,80 x 2 = 149,60
- 121,40 x 3 = 364,20
- 364,20 - 280,00 = 84,20

Additional handwritten text:

- دعده 201 1 - 0 - 1
- 2 Regafloa 500 1 - 0 - 1
- Umaa 0,4 0 - 0 - 1



Dr. Mustapha NAJJI
 أخصائي
 أمراض الكلى
 وأمراض الكلى
 وأمراض الكلى
 وأمراض الكلى
 Casablanca
 Tél: 0523 69 64 04

LOT 221421
 EXP 04/2024
 PPV 121.40DH

LOT 220285
 EXP 09/2023
 PPV 121.40DH

74,80

LOT 211325
 EXP 05/2023
 PPV 121.40 DH

74,80

PPV (DH) :

LOT N° :

UT.AV. :

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

PPV (DH) :

LOT N° :

UT.AV. :

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