

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

Educations :

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.

Maladie chronique :

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 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° P19-0048073

☒ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 70335

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre : 0

Nom & Prénom : NEGRADJI AZEDINE

Date de naissance : 17/05/19

Adresse :

Tél. : 0607156046 - Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. HADDOUN Ahmed Reda
Professeur de l'Enseignement
Supérieur
Traumatologie - Orthopédie

Date de consultation : 03/07/2020

Nom et prénom du malade : NEGRADJI AZEDINE

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Cervicalgie

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 : 03/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-048073

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
2003/07/22		3	3000	Dr. HADDAD Mohamed Reda Professeur d'Enseignement Supérieur Traumatologie - Orthopédie

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

CLINIQUE DE VINCI
709, Bd Modibo Keita - 20000 - Casablanca
ICE : 052221497/000011
Tél : 05 22 81 31 88

23/07/2003
Facture
3000

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

CENTRE IRAOUI
Kinésithérapie Nutrition
Amincissement et Hijama
779, Rue Hassan II - Hay El Houda
Ber. - Tél : 05 22 53 34 54

15/07/2003
15 Séances de Rééducation
22500
15000 x 15

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

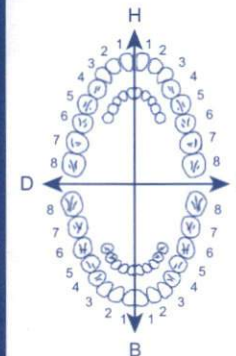
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
----------------	------------------	-------------



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Acc 10335

CENTRE IRAOUI

KINESITHERAPIE,

PHYSIOTHERAPIE, AMINCISSEMENT, HIJAMA

IRAOU I JIHANE

Tél : 0522.53.34.54

N°78, Rue ESSALAM,

Hay EL HOUDA,

Madania2, BERRECHID

DEVIS N°

Nom du patient : Mr NEGRAOUI AZZEDDINE

Pathologie traité : Cervicalgie

Médecin traitant : Dr HADDOU AHMED REDA

Nature de l'acte : 15 séances de rééducation

Date début des soins : 15/07/2020

Honoraires : DH 2250 DH

Deux mille deux cent cinquante Dirham

Signature

CENTRE IRAOUI
Kinésithérapie - Nutrition
Amincissement et Hijama
N°78, Rue Essalam Hay El Houda
Berrechid - Tél: 05 22 53 34 54

Patente N°:40777885- RC : 19966 – IF : 77289

ICE :002175428000048

Ordonnance

Nom et Prénom du Patient : _____

N. HADDOUN

Age : _____

Date : _____

03.08.2011

283,00

*100 mg
 2x 3mg*

63,90

*100 mg
 1x 2x 02*

53,10

*2x 02
 2x 05*

198,00

2x 2x 2

Dr. HADDOUN Ahmed Reda
 Professeur de l'Enseignement
 Supérieur
 Traumatologie - Orthopédie

Ordonnance

Nom et Prénom du Patient : NEBMOU, HASSAN

Age : _____ Date : le 03/07/22

- Contusion sur l'articulation.

Ressente du Pains arthral

• Massages

• Physiothérapie / US.

Dr. HADDOUN Ahmed Reda
 Professeur de l'Enseignement
 Supérieur

Traumatologie - Orthopédie

15 jours

renforcement et échauffement
 des genoux

• marche posturale

• mobilisation articulaire



Ordonnance

Nom et Prénom du Patient : _____

NEBOUO, AZZOUNG

Age : _____

Date : _____

03 07 2020

Dalil Amine Dr

Consultation pincet C6-C7

Dr. HADDOUN Ahmed Reda
Professeur de l'enseignement
Supérieur
Traumatologie - Orthopédie

CLINIQUE DE VINCI
709, Bd Modibo Keita - 20000 - Casablanca
ICE : 092321497000011
Tél : 05 22 81 31 88

Facture N° 0193/20

Patient : NEGRAOUI AZZEDDINE
Assurance : PAYANT

Casablanca, le 03/07/2020

Libelle	Qté	Prix Unitaire	Montant
Radio Rachis Cervical F/P	1	300,00	300,00
Total Facture			300,00

La Présente facture est arrêtée à la somme de :
Trois Cent Dirhams

CLINIQUE DE VINCI
709, Bd Modibo Keita - 20000 - Casablanca
ICE : 002321497000001
Tél : 05 22 81 31 88