

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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'Hôtel
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-449406

ND: 39157

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00708 Société : BADRANE

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BADRANE Abdelhak

Date de naissance : 1/1/47

Adresse : 10

Tél. : 10 Total des frais engagés : 588,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13 AOUT 2020

Nom et prénom du malade : BADRANE FATIMA Age :

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

Nature de la maladie : affection ORL

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 : Casa Le : 13 / 08 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

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
13/08/2020	C3		300,00	INP: 091033210

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/08/2020	299,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 </div> </div> B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mustapha ESSAADI

- Professeur d'ORL et de Chirurgie Cervico-Maxillo-Faciale
- Ex enseignant de la Faculté de Médecine et du CHU Ibn Rochd
- Ex Chef de service des urgences à l'hôpital 20 août
- Diplômé de L'allergie et en ORL Pédiatrique
- Diplômé en vertiges
- Formation approfondie en : ronflement et cancérologie
- Diplômé des Universités de Paris et Toulouse
- Ancien Médecin Résident des Hôpitaux de Paris



الدكتور المصطفى السعدي

اختصاصي في أمراض و جراحة الأنف والأذن و الحنجرة
أستاذ بكلية الطب بالدار البيضاء سابقا
رئيس قسم المستعجلات بمستشفى 20 غشت سابق
حاصل على شهادات في أمراض الحساسية و الدوخة
تشخيص و علاج الصمم عند الطفل، فقدان التوازن، الشخير و السرطان
حاصل على شهادات من جامعات باريس و تولوز وفرنسا
طبيب سابق بالمستشفيات الجامعية بباريس

Casablanca le : 07/07/2021 في الدار البيضاء

Mme Badiane Fatia

8/11/2021 natale

ISOPHARM
OTOSAN NASAL
85.70 DH

6' 190,
4 Aersomax

LOT:0036N021
PER:10/2021
PPV:190,00 dh

2 3,60 pulu x27 x 20T

31 Topsyne fel A.

1 App T x 6T

R 20T

TOPSYNE - GRAS

23,60

16T = 209,30

261, شارع عبد المومن - إقامة الأمل - عمارة B رقم 16, الطابق الثالث - الدار البيضاء قرب صيدلية لعليج و متجر «Kia»

مقابل درب غلف و CITY CLUB (Lady Fitness سابقا) - الترامواي : أمام محطة عبد المومن

261, Bd Abdelmoumen - Résidence Al Amal, Imm B, N°16, 3ème étage - Casablanca (à côté de pharmacie Laalaj et Maison «kia»

en face Derb Ghallef et City CLUB (Ex Lady Fitness) DECATHLON - Tramway : devant la station Abdelmoumen

Tél.: 0522 86 50 51 - Fax : 05 22 86 59 44 - E-mail : essaadimusorl63@gmail.com