

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

- 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.

M23-021906

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	2182	Société :	170543
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	BENBOUTA MAUKA
Nom & Prénom :		Date de naissance :	
Adresse :		Tél. :	
		Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : /

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M23-021906

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 :

RELEVE 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

anperso

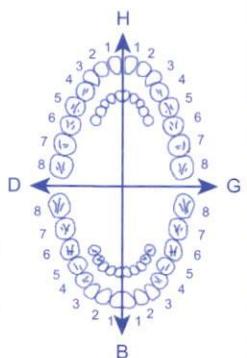
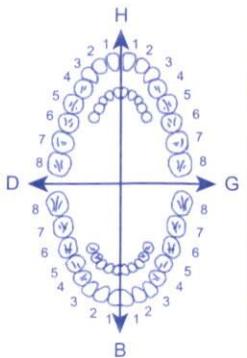
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				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'EXECUTION

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez 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 Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution					
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux Montant des soins Date du devis Fin d'exécution					
		<table border="1"> <tr> <td>D</td> <td>25533412 00000000 00000000 35533411</td> <td>H</td> <td>21433552 00000000 00000000 11433553</td> <td>G</td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			D	25533412 00000000 00000000 35533411	H	21433552 00000000 00000000 11433553	G	
D	25533412 00000000 00000000 35533411	H	21433552 00000000 00000000 11433553	G						
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution								

VOLET ADHERENT	NOM :	Mme
DECLARATION N°		P 14 / 0027813
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 02182	
Nom & Prénom		BENBOUTA MALIKA	
Fonction		Retraitee	Phones 060 51497966
Mail		malika.benbouda@yahoo.fr	
MEDECIN	Prénom du patient BENBOUTA Malika		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>		Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Age		Date 31/07/2023	
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
<i>goutte + colite + constipation</i>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
CS			100dk
PHARMACIE	Date 31-07-2023		
Montant de la facture			
<i>658,60</i>			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
CACHET			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
CACHET			

Dr. Jamal Eddine JOULALI

Médecine générale

الدكتور جمال الدين جوالي

طب عام

Médecin agréé pour la visite médicale
du permis de conduire

Ancien médecin en traumatologie orthopédie

Hôpital Mohammed VI Hôpital Marrakech

Ancien médecin interne aux urgences

Hôpital ben M'sik Casablanca

ECG - Echographie - O₂

Casablanca, le : 31/03/2023
الدار البيضاء, في :

معتمد من طرف وزارة الصحة لنسليه
شهادة طبية لرخصة السياقة

طبيب مقيم سابق بمصلحة العظام والمائدة

مستشفى محمد السادس مراكش

طبيب داخلي سابق بمستعجلات

مستشفى ابن مسيك الدار البيضاء

تخطيط القلب - الفحص بالصدى - الأوكسجين

PHARMACIE BELLOUCH
Rue 1 N°116 Salmia II Sbata
Casablanca
Tél: 05 22 38 36 84

LOT : 21942
PER : 01/25
PPV : 64,10 DH

LOT : 21942
PER : 01/25
PPV : 64,10 DH

LOT : 2558
PER : 08-25
P.P.V : 122 DH 80

LOT : 2558
PER : 08-25
P.P.V : 122 DH 80

ZYRDOL® 500 mg 20 comprimés pelliculés

PPV 29DH00 EXP 12/2025
LOT 29028 4

ZYRDOL® 500 mg 20 comprimés pelliculés

PPV 29DH00 EXP 11/2025
LOT 29028 3

NEOFORTAN® 100 mg

PPV 98DH80
EXP 12/2025
LOT 2D023 12

88,00 x 2

88,00 fards de 90

88,00 140 x 2 60 = 1040

54 fards de 90

15 140 x 2 = 280

280

653,60
Ras
Rue 1
Casablanca
Tél: 05 22 38 36 84

Dr. Jamal Eddine JOULALI
Médecin Généraliste Agréé Pr La Visite
Médicale du Permis de Conduire
Salmia 2, Av Joulane Imm 95, N°01 - Casablanca
Tél: 05 22 595 096 - GSM: 06 04 44 20 64

PHARMACIE
Rue 1, Casablanca
Casablanca
Tél: 05 22 38 36 84

LOT: 0391
PER: AVR 2024
PPV: 20 DH 00

LOT: 0415
PER: FEV 2025
PPV: 20 DH 00

PPV: 88DH00
PER: 05-26
LOT: M 1546