

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

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- 0010452

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3204

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BERADA NAJIA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 0661462861

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 :

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

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Jalila K S.A. BORDJ Km 14 Route d'Azemmour Dar Bouazza - Tél: 0526 01 91 61 ICE 003121955000021	05.12.23	83,20

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

[illegible]

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																			
				Coefficient des Travaux																		
				Montants des Soins																		
				Début d'exécution																		
				Fin d'exécution																		
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 0 10px;">H</td> <td></td> <td style="padding: 0 10px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 5px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 1px;"></td> <td style="text-align: left; padding-left: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 5px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 1px;"></td> <td style="text-align: left; padding-left: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 5px;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 1px;"></td> <td style="text-align: left; padding-left: 5px;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 5px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 1px;"></td> <td style="text-align: left; padding-left: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 5px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 1px;"></td> <td style="text-align: left; padding-left: 5px;">11433553</td> </tr> </table>			H		G	25533412		21433552	00000000		00000000	D		B	00000000		00000000	35533411		11433553	Coefficient des Travaux
	H		G																			
	25533412		21433552																			
	00000000		00000000																			
	D		B																			
	00000000		00000000																			
	35533411		11433553																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins																		
				Date du devis																		
				Date de l'exécution																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 l'ODF.

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	

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

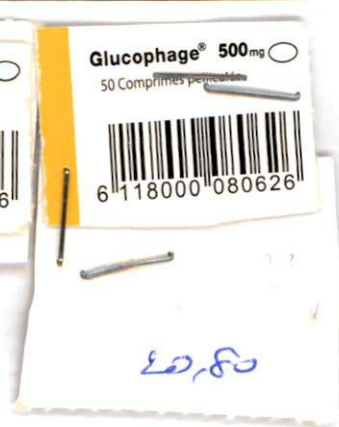


DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Facture N° AT/02/1223

Le 05 Décembre 2023

Madame Naima Berrada

Désignation	Prix Unitaire	Quantité	Total
Glucophage 500/50 Cp	20,80	4	83,20
TOTAL TTC			83,20

Arrêté la présente facture à la somme de Quatre-Vingt Trois Dirhams et Vingt Centimes TTC

Pharmacie Jalila K
SARL
Km 14 Route d'Azzemmour
Dar Bouazza - Tél: 0526 01 91 61
ICE 003121955000021