

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.

Diologie 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.

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- 0598754

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule: ELOUAHIDI Société: LA KABIR
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
Nom & Prénom: ETRIETI
Date de naissance: HAY NOR 1 Rus 2 NO 46 CAA
Adresse: TCL 05 22 5758 72
Tél.: 06 50 02 8260 Total des frais engagés: 38385 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation: 21/8/22

Nom et prénom du malade: FATIMA KHALIL Age: 21

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

Nature de la maladie: Affection oculaire

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 : 02 SEP. 2022 Le : 02 SEP. 2022

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
31/08/20		5	2500	Dr. ATOUF A. Spécialiste de la Chirurgie et Maladies des Yeux 276, Bd. Mohammed V - Casablanca Tél: 05 22 59 54 55 GSM: 06 81 18 94 79 (personnel)

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AYA HASJID HAY BOUABD EL ABDELKADER SAHROUJ HAY BOUABD RUE 2 N°73 Sidi Othmane - Casa Tél: 05 22 59 44 55	31/08/2020	473,20

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
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																												
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>LOT 200278 EXP 02/2023 PPV 149.50DH</p> </div> <div> <p>EXA EXP: 9 H X 1 A 06 2021</p> </div> <div> <p>COLLYRE EN SOLUTION</p> </div> </div>																															
<p>Stérilpharma PPC: 151,20 dh</p>			15																												
<p>MONDANTS DES SOINS</p>																															
<p>DEBUT D'EXECUTION</p>																															
<p>FIN D'EXECUTION</p>																															
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>																															
<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			B				D				00000000	00000000			35533411	11433553			Coefficient des Travaux
H		G																													
25533412	21433552																														
00000000	00000000																														
B																															
D																															
00000000	00000000																														
35533411	11433553																														
<p>DATE DU DEVIS</p>																															
<p>DATE DE L'EXECUTION</p>																															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصلحة الاختصاصات الشفاء

Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Lahcen El Arjoune et Lavoisier (face Hôpital 20 Août) - Tél.: 05 22 86 22 86
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

E-mail: Cliniqueachifaa@menara.ma

Docteur :

Casablanca, le :

F. KHARIS

21/18/22

149,50

Staph



Staph

4200

Staph



Staph

Staph

Staph



Staph

40140

Staph



Staph

35,20

Staph



Staph

54,40

Staph



Staph

151,20

Staph

473,20

URGENTES 24/24 مستعجلات

PHARMACIE AYA MASJID HAY NOUR
Bd Abdelkader Sahraoui Hay Empour
Rue 2 N°73 Sidi Othmane - Casa
Tél : 05 22 59 44 55

ATOUR A. E.
Spécialiste de la Chirurgie
et Maladies des Yeux
276, Bd. Rue Guichet - Casablanca
Tél: 05 22 51 54 58 - 05 22 51 54 59