

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.



Déclaration de Maladie

N° P19- 057975

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3397 Société : 13698

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ROUIZZEN FATIMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0621 15 78 02 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 : 12 / 10 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

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
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des Montant des soins

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux
	H	
	25533412 21433552	
	D 00000000 00000000 G	
	00000000 00000000	
	35533411 11433553	
	(Création, Remont, adjonction)	
	Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession	

--	--

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W17-123515	
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		



W17-123515

DATE DE DEPOT
...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	Mle
Nom & Prénom	
Fonction :	Phones.....
Mail	

MEDECIN	Prénom du patient <i>Fatima</i>
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie	Date 1ère visite

Gastrite - Pharyngite - Nycturie

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<i>C</i>	<i>C1</i>	<i>150DH</i>

PHARMACIE	Date <i>21/09/2020</i>
Montant de la facture	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES	Date :
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX					Date :
Nombre				Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV		

Docteur Fatiha EL KAÏCHI

Médecine générale

N° 1, Imm. A 28 Résidence ADDAMANE

Aïn Chock - Casablanca

Tél: 05 22 50 11 90

الدكتورة فتيحة القيشي

الطب العام

رقم 1, عمارة أ 28 إقامة الضمان (الضحي)

عين الشق - الدار البيضاء

الهاتف: 05 22 50 11 90

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Casablanca, le : 21/09/2020

PPV: 79DH70

PER: 12/12

LOT: I271

M^{me} = NAZIH F

79,70

1) AZIX 500mg

2cp / j après le repos x 03 j.

2) Doliprane 1g

139 x 1g x 3 / j

3) I neso 20 mg

1 gélule / j avant le petit déjeuner x 28 j.

4) D-Cine Forte

1 ampoule / 15 j x 02 mois puis

36,70 ampoule / 01 mois.

5) Mycoderm crème

1 application x 2 / j

PPV: 14DH00
PER: 09/22
LOT: I1927

LOT: M0329
PER: 07/2021
PPU: 139,60 DH

PPV: 49,60 DH
LOT: 20E06
EXP: 05/2023

PPV: 49,60 DH
LOT: 20E06
EXP: 05/2023

LOT: 08020032
PER: 04/2025
PPU: 35,70 DH

Topique

الدكتورة فتيحة القيشي
Docteur El Kaïchi Fatiha
N°1, Imm. A28 Résidence Addamane
Ain chock - Casablanca
Tél: 05 22 50 11 90

PHARMACIE CHARM CHEIKH SARL
N° 600 LOTS HAMRA 2 AV AL QODS
AIN CHOCK - CASABLANCA
TEL: 05 22 50 11 90 / 06 22 21 02 18

PHARMACIE CHARM CHEIKH SARL
N° 600 LOTS HAMRA 2 AV AL QODS
AIN CHOCK - CASABLANCA
TEL: 05 22 50 11 90 / 06 22 21 02 18

PHARMACIE CHARM CHEIKH SARL
N° 600 LOTS HAMRA 2 AV AL QODS
AIN CHOCK - CASABLANCA
Tél: 05 22 50 11 90 / 06 22 21 02 18