

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.

Prothèse 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- 061736

ND: 44834

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 471 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ACHOUR RKia

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0669797370 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 : 2-2-UL-2020

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) :

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
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux											
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>00000000 G</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D 00000000	00000000 G		35533411	11433553	Montant des soins
	H													
	25533412	21433552												
	00000000	00000000												
D 00000000	00000000 G													
	35533411	11433553												
(Création, Remont, adjonction)		Date du devis												
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Fin de												

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		W16-066783	
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			



W16-066783

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 471
Nom & Prénom ACHOUR Rkia		
Fonction :	Phones.....	
Mail		

MEDECIN		Prénom du patient	
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
glaucome chronique			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
	CS + FO	350 DH	

PHARMACIE	Date 05/09/2020
Montant de la facture	83,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date : 05/09/2020
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	

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

Professeur Ouafae BENCHEKROUN

*Ex. Enseignante à la faculté de Médecine
de Casablanca*

Maladies et Chirurgie des Yeux

Chirurgie vitéro rétinienne

Angiographie Laser

Adaptation de Lentilles de Contact

الدكتورة وفاء بنشقرون

أستاذة سابقة بالتعليم العالي بكلية
الطب بالدار البيضاء

اختصاصية في طب و جراحة العيون

جراحة الشبكة

تخطيط أوعية الشبكة - الكزبر

عدسات الإتصال



صيدلية نرجس
PHARMACIE NARJIS
141, Bd. Yacoub El Mansour
Tél.: 0522 25 00 74/0522 99 39 86

Casablanca, le 25.09 2022 في الدار البيضاء

Achour Rkia



Xaelin Nighl



83,00

Say le socy

Professeur Ouafae Benchekroun
Ophthalmologiste
rés. du Palais de Ghandi Casablanca
Tél : 0522 36 37 08
Fax : 062 55 19 36