

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.

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- 061796

NO: 46884

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2015 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL OIRDI EL MOSTAFA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.61.26.40.76 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 : 11/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

SOINS ET PROTHÈSES 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 travaux <input type="text"/>												
				Montant des soins <input type="text"/>												
				Début d'exécution <input type="text"/>												
				Fin d'exécution <input type="text"/>												
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/>												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
G																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession.			Date du devis <input type="text"/>													
			Fin d'exécution <input type="text"/>													
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution														

VOLET ADHERENT	NOM : <u>ELMOSTAFA ELOIRDI</u>	Mle <u>02015</u>
DECLARATION N° <u>P 17 / 0042617</u>		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
	<u>588,90 DH PHARMACIE</u>	
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		
Cachet MUPRAS		



P 17 / 0042617

DATE DE DEPOT
/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <u>02015</u>	Signature de l'adhérent 	
Nom & Prénom <u>EL OIRDI EL MOSTAFA</u>				
Fonction <u>Retraité</u>	Phones <u>06 61 26 40 76</u>			
Mail				
MEDECIN	Prénom du patient <u>ELORDI ELMOSTAFA</u>			
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date
Nature de la maladie			Date 1ère visite	
<u>Colonne felle</u>				
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
<u>1</u>	<u>C</u>	<u>1500 DH</u>		
PHARMACIE	Date <u>21/9/2020</u>			
Montant de la facture				
<u>588,90 DH</u>				
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date <u>02/09/20</u>		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	
CACHET				
CACHET				

Cabinet Medical
 Docteur Naimi Mohamed
 Bloc 16 N° 415 Ville Rahma
 Dar Bouazza - Casablanca

PHARMACIE NEJMA
 Derb Nejma N° 415 N° 902
 Hay Hassan - Casablanca
 Tél: 05 22 89 54 35

Docteur NAÏMI Mohamed

Médecin Généraliste

MEDECINE
Générale
الطب العام

الدكتور نعيمي محمد

طبيب عام

Casablanca, Le

21/9/2020

الدار البيضاء, في

El Mouta f

121,40 x 3

Umoa (AS) 2014 - 2017 N₃
Up 2/1

98,80

Neofortan 160 (AS) M
moa 2

80,00

San mol 2014 - 2017 N₂
Rel.

45,90

Tributaire (AS) N₂
1st x 3

588,90

PHARMACIE NEJMA
Derb Nejma Bloc 15 N°902
Hay Hassani - Casablanca
Tél: 05 22 89 54 33

Cabinet Médical
Docteur Naïmi Mohamed
Bloc 16 N°62 Ville Rahma
Casablanca

Bloc 16 N° 62 Ville RAHMA - Dar Bouazza Casablanca - Tél. : 0661 60 32 01 / 0649 81 79 87

الرقم 62 بلوك 16 مدينة الرحمة - دار بوعزة البيضاء - الهاتف : 0661 60 32 01 / 0649 81 79 87

LOT 191317
EXP 04/2021
PPV 121.40DH

٢

بين

ترميموتين

LOT : 3671
UT.AV : 06 - 24
P.P.V : 45 DH 90



امامات
للعصارة المعقدة

LOT: 289
PER: SEP 2022
PPV: 80 DH 00

NEOFORTAN 160 mg

PPV 98DH80
EXP 11/2020
LOT 7N063 1

LOT 200183
EXP 11/2021
PPV 121.40DH

LOT 200184
EXP 11/2021
PPV 121.40DH