

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

Éducation :

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 canaux, 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 canaux.

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° M20- 0009018

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0749 Société : NAM 48430

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SOUHAIL Abdallah

Date de naissance : 1934

Adresse : 1200 Ave de l'Église

Tél. : 0658926336

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : AZIT ZOHRA 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 : Casablanca le 24 NOV. 2020

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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			Montant des soins	
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction)		Date du devis																		
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Fin de																		

VOLET ADHERENT	NOM: <u>SOUHAÏL Abdallah</u>	Mle <u>749</u>
DECLARATION N°	W18-405148	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
	<u>865,10</u>	<u>2 feuille</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		



W18-405148

DATE DE DEPOT

24/11/2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <u>0749</u>
Nom & Prénom <u>SOUHAÏL Abdallah</u>		
Fonction: <u>RETRAITE</u> Phones <u>0658926336</u>		
Mail <u>lahcen.souhail1958@gmail.com</u>		
MEDECIN	Prénom du patient <u>AZIZ ZOHRA</u>	
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input checked="" type="checkbox"/>
Age <u>78 ans</u>	Date <u>10/11/2020</u>	
Nature de la maladie		Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
<u>MLD</u>		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
PHARMACIE		Date <u>10/11/2020</u>
Montant de la facture		<u>865,10</u>
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Date :		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		
Date :		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV





Pharmacie NARJIS
SKALLI ZAKIA
FACTURE

Page :1

N° FACTURE :396330
Date : 10/11/2020

Client :

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
MONOPROST	3	178.90	536.70
COSOPT COLLYRE	2	164.20	328.40
<div>LOT 1020107 2 EXP 02 2022 PPV 164.20 DH</div> <div>LOT 1020107 2 EXP 02 2022 PPV 164.20 DH</div> <div>LOT 1020107 2 EXP 02 2022 PPV 164.20 DH</div> <div>Monoprost 50 microgrammes/ml collyre en solution en récipient unidose PPV : 178.90 DH AMM Maroc N° 496/17 DMP/21/NNP</div> <div>Monoprost 50 microgrammes/ml collyre en solution en récipient unidose PPV : 178.90 DH AMM Maroc N° 496/17 DMP/21/NNP</div> <div>Monoprost 50 microgrammes/ml collyre en solution en récipient unidose PPV : 178.90 DH AMM Maroc N° 496/17 DMP/21/NNP</div> <div>PHARMACIE NARJIS 141, Bd. Yacoub El Mansour CASABLANCA Tél: 05 22 25 00 74/05 22 99 39 86</div>			

Total TTC = 865.10

Arrêtée La Présente Facture à La Somme De : HUIT CENT-SOIXANTE-CINQ DIRHAMS 10 CTS

patente 35803244
CNSS 1129908 identifiant fiscal 40900380

☒ valable 3 mois

Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // téléphone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BEN ABDELKADIR et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca