

# 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.

## 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.

## Education :

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.

## Prothétique :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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

Reclamation : 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4500 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

EL Fadil

Neel

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661133785

Total des frais engagés :

Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : EL Fadil othmane 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL  
MUPRAS

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° M20-03872

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 4500

Signature de  
l'adherent

Signature de  
l'adherent

Nom & Prénom EL FARIL Mohammed

Fonction : CGB Phones. 0661133785

Mail m.el.faril.8@yahoo.fr

MEDECIN

Prénom du patient EL FARIL orthopé

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age 16.06.04 Date

Nature de la maladie Dentiste

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
c	5	300,00

PHARMACIE	Date
Montant de la facture	10.10.2020

69,00 x 2  
138,00 + 1082,05 TU DEC. 2020

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

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

MUPRAS

11 DEC. 2020

ACCUEIL

MOHAMED CHAMITI  
Société Venereologie  
Bourguiba, 3ème Etage  
Ville de Casablanca  
Tel: 05 22 62 89 99

Spécialiste en Dermato-vénérérologie

Maladies de la peau, de l'ongle et du cuir chevelu

Maladies Sexuellement Transmissibles

Cosmétologie - Allergie de la peau

Chirurgie de la peau - Epilation au laser

Membre de la Société française de Dermatologie

Casablanca, Le

اختصاصي في  
أمراض الجلد، الشعر واللثافر

الأمراض التنايسية

الطب التجميلي، حساسية الجلد

جراحة الجلد، إزالة الشعر بالليزر

عضو الجمعية الفرنسية للجلد

الدار البيضاء، في

10001 2020

EL RADIL

6 Thme

69.00dt

① Tetracycline 300 N°2

138.00

② Sebroskin 184.00

190.00

③

Efusader

111.00

Ecza

④

234.00

⑤

Biretex

Trifecta Spray

1 ceps 1 ml/

Throat



CLINICEUTICA  
CANADA

SEBIOSKIN

GEL NETTOYANT  
DERMO-PURIFIANT  
DERMO-PURIFYING  
CLEANSING GEL

C.N. 194576.1

CMP 6341164



8 470001 945761

BATCH / LOT.: 19F160

EXP / CAD.: 06/2022

17270-202-00

# Tetralysal®

lyméycline

TETRALYSAL 300 mg

Boîte de 16 gélules

AMM N°26 DMP/21/NCV

P.P.V : 69,00 DH

Distribué par SOTHEMA

B.P N°1, 27182 Bouskoura-Maroc



6 118001 070800



لِيمِيَّكَلِين

# Tetralysal®

lyméycline

TETRALYSAL 300 mg

Boîte de 16 gélules

AMM N°26 DMP/21/NCV

P.P.V : 69,00 DH

Distribué par SOTHEMA

B.P N°1, 27182 Bouskoura-Maroc



6 118001 070800



لِيمِيَّكَلِين



6

27987

22008

7

LOT:2001037 EXP:2024-03