

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 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

La 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 Aïd Ben Abdellah - 6ème étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue El Jil Ben Abdellah - Quartier de l'Hortage Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie OCC

N° W19-514811

ND° = 17516

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8726 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Filiale Aoual Youssef

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 22/11/2020 /

Nom et prénom du malade :

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-514811

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 :

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.

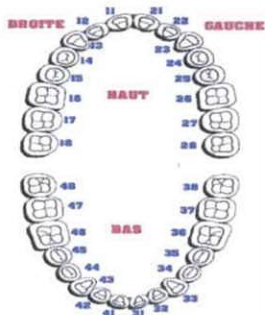
SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature
des soins

Coefficient

Coefficient des



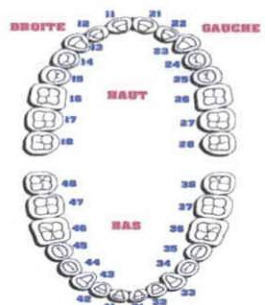
Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires

Détermination du coefficient
masticatoire



H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient
des travaux

Montant des soins

Date du devis

Fin de



W18-391387

DATE DE DEPOT

16/02/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 08726

Nom & Prénom

FILALI ADUAL YOUSSEF

Fonction

CPB

Phones

661330829

Mail

filaligus@gmail.com

MEDECIN

Prénom du patient

EL Maloui Ahlam

Adhérent

☐ Conjoint

☒ Enfant

☐

Age

44 ans

Date

29/01/2019

Nature de la maladie

Date 1ère visite

Bronchite aigue.

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

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des
honoraires

C

130,00

PHARMACIE

Date

29/01/19

Montant de la facture

280,00

صيدلية الداليا
PHARMACIE DES DALIA
Dr. S. BOUSHHA BOUHLE
492, Bis Bd Panoramique
Montpellier - Tél: 0522 527 567

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des
Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre

Montant détaillé des
Honoraires

AM

PC

IM

IV

Dr. BOUGHALEB. H. Meriem

Diabétologue

D.U en diabétologie,
université de bordeaux
Nutritionniste

Diplômée de l'université
Laval, Quebec Canada

Médecine générale

Diplômée de l'université Hassan II,
Ain Chock Casablanca

Echographie

Médecin Agréé à certifier l'Aptitude
Médicale au Permis de conduire.

الدكتورة بوغالب . ح . مريم

تتبع السكري

ديبلوم كلية بوردو

التغذية و الحمية

خريجة كلية لأفال كيبيك كندا

أطبيب العام

خريجة كلية الطب الحسن الثاني

عين الشق الدار البيضاء

الفحص بالصدى

طبيبة مرخصة لفحص رخصة السياقة

N^{me} EL Haloui Ahlam

25/01/2018

149,00

1) Clavulin 1g (sachets)

1 Sachet

30,00

2) Omeprazol 20 g (gel)

1 gel/j

42,60

3) Bronchodilator Syrup

1 càs

58,40

4) Effipred 20 g cp

3 cp/j

280,00

PPV: 149,00
LOT: 563924
PER: 01/20

30,00
PER: 10/20
PPV: 309,000

LOT: 1072
PER: 10/20
PPV: 42,600H

EFFIPRED® 20 mg

PPV 580H40
EXP 09/2021
LOT 8603016

عنوان: الشريفة. زنقة 1 رقم 94. الدار البيضاء الهاتف: 05 22 21 52 00
Adresse: Chrifa, Rue 1 Numéro 94 Casablanca. Tél: 05 22 2152 00