

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

- Reclamation : 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 Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horizon
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-527472

EA

☒ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1606 Société : RAN

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Sefi FAH

Date de naissance : 01/01/1967

Adresse : 53, Rue JAFFAR Ibn Atia Bougaga

Tél. : 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 : / /

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

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		W16-091786	
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			



W16-091786

DATE DE DEPOT

26/02/2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 1606
Nom & Prénom		SEFRI FATNE
Fonction :	Leve	Phones 83 01
Mail		

MEDECIN	Prénom du patient	SEFRI FATNE
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Age		Date 06/12/2019
Nature de la maladie		Date 1ère visite

Quel-il d'un accident : Causes et circonstances		
Montant des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
		400 mg

PHARMACIE	Date	06/02/2020
Montant de la facture	Pharmacie IDEAL	
	N. NJIMA	
	Dr. en Pharmacie de Paris V	
	21, Rue Jaâfar Ibnou Artâs Bourgogne	
	Tél: 0522.20.14.86 - Casablanca	

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

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

Professeur Rajaâ BENNIS

Ep. EL OUALI

PROFESSEUR UNIVERSITAIRE DE RHUMATOLOGIE

Spécialiste des Maladies des Os et des Articulations

PROFESSEUR ASSISTANTE DE MÉDECINE INTERNE

**Ancienne Enseignante à la Faculté de Médecine
de Casablanca**

Ex. Résidente Etrangère des Hôpitaux de Paris



الأستاذة رجاء بنيس
ز. الوالي

أستاذة جامعية في أمراض الروماتيزم
أخصائية في أمراض العظام والمفاصل
أستاذة في الطب الباطني

أستاذة سابقة بكلية الطب بالدار البيضاء
طبيبة ملحقة سابقا بمستشفيات باريس

COOPER PHARMA
PPV: 338,00 DH

Casablanca, le : 06/02/2020

Dr. SEBRI POTAY

(338,00 x 2)

Hyalgan

(149,00 x 2)

Flexi Mat

P.P.C : 149 DH
Distribué par :
ONSSA N°: ES.5.349.16
HEALTH INNOVATION

974,00

COOPER PHARMA
PPV: 338,00 DH

P.P.C : 149 DH

Distribué par :
ONSSA N°: ES.5.349.16
HEALTH INNOVATION
10 rue Racine Valleur
Marrakech Casablanca
212 522 23 22 51

Pharmacie IDTAL
N. NJIMA
Dr. en Pharmacie de Paris V
21, Rue Jaâfar Ibnou Attia Bo
Tél: 0522.28.14.86 - Casablanca
ICE: 00170334200008

Dr. Rajaâ BENNIS
Professeur de Rhumatologie
16, Bd Abdelmoumen - Casablanca
Tél: 05 22 23 73 73 - Tél / Fax: 05 22 23 49 49

2x / j x 3 mois