

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.

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.

Prothèse 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

UPRAS 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.

UPRAS : 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- 0008654

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3089

Société : 56961

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : DOUNAS

ABDELLATIF

Date de naissance :

Adresse :

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

VOILET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-08654

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 prothèse ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des

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			
	H		G															
	25533412	21433552	00000000	00000000														
	00000000	00000000	00000000	00000000														
35533411	11433553																	
(Création, Remont, adjonction)																		
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																		

--	--

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-345846	
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		



W18-345846

DATE DE DEPOT

28/01/2021

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	3029
Nom & Prénom		DOUNAS Abdelatif	
Fonction :	Phones 671419177		
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient		
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date 01/11/2020	
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Colophane			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
5	1	1500DH	
PHARMACIE	Date		4/12/2020
Montant de la facture	280,60		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date : Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires			
AUXILIAIRES MEDICAUX Date : Nombre AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires			

Dr. Nadjia EL HARIM
Médecine Générale
Mésiothérapie - Médecine de l'Obésité
41, Rue Abou Zaid Odoussou
Madinat Al Khayma
Tél: 0522 99 09 22 - Casablanca

صيدلية
CHAABI
CHAABI. K
Rue Nour-Eddine El Nahoul, Madinet
Tél: 0522 99 09 22 - Casablanca

MUPRAS

Lot:
A consommer
avant la
PPC: 79,90 DH

Dip.
Lot: 200510
A consommer de
préférence avant le:
PPC: 79,90 DH

Poudre Orosoluble

LOT: 2003278
DLUO: 09/2023
59,00DH

Dr. Nadia EL HARIM
Praticienne
Médicale & Suivi de Grossesse
Obésité & Diabète, Nutrition
Traitement de la Douleur
Générale et Obstétricale



مركز كتورة نادية الهارم
الطب العام

أمراض النساء و تتبع الحمل
طب السمسة و السكري والتغذية
ميزوتيرابي - علاج الألم
الفحص بالصدى
خريجة جامعة الطب بباريس VI-V

0522 230 190 : ☎

Casablanca, le : 2024-04-16

H. Bouhaz ep Domes
Najma

صيدلية شعبي
Pharmacie CHAABI
Mme CHAABI, K
Nounass el Mandoul, Maârif
Tél: 0522 99 09 11 - Casablanca

21,00
1 - lison

79,90
2 - kelvacol

79,90
3 - kelmege

40,80
4 - Spasmomen

59,00
Probiotus sal

Dr. Nadia EL HARIM
Médecine Générale
Mésothérapie - Prévention de l'Obésité
41, Rue Abou Zaid Dadoussi
Maârif - Casablanca
Tél: 0522 01 90

*VIGNETTE
SPASMOMEN® 40mg
30 comprimés
PPV 40,80 DH

*VIGNETTE
SPASMOMEN® 40mg
30 comprimés
PPV 40,80 DH

2150
2000

aprs 21mm