

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.

Diagnostique 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 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

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 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- 0008600

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 712 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : GANDOU HADA

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 : GANDOU HADA 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

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-08600

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

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux
	H	
	25533412 21433552	
	00000000 00000000	
	00000000 00000000	
	G	
	35533411 11433553	
	(Création, Remont, adjonction)	
	Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession	

Visa et cachet du praticien attestant le devis	Visa et cachet du praticien attestant l'exécution
---	--

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-368631	
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		



W18-368631

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	Mle 712	Signature de l'adhérent Signature de l'adhérent
Nom & Prénom		
Fonction :	Phones	
Mail		

MEDECIN	Prénom du patient	GANOU HADA
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date 04/01/2021
Nature de la maladie	Date 1ère visite	
Affectum ORL + Digestive		

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C	1	150 DH

PHARMACIE	Date	04/01/2021
Montant de la facture	306,50	

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

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

ORDONNANCE

Casablanca Le 04.01.2021

GANOU HADA

149,50

1. Spectrum 500
1 cp x 2/7

(1 Sem)

39,00

2. Docivox cp a Sucer
1 cp x 3/7

84,00

3. Isilax Sirop

1 Cas - 1 Cas - 2 Cas

Matin - Midi - Soir.

34,00

4. Hygiaflo 1 cp/7 le Soir.

306,50

PHARMACIE MOUNSTINE
834, Av. 2 Mars Mohammed Inara I
Casablanca - Tel.: 05 22 21 09 70

4

Lot: 200415
A consommer de
préférence avant le: 08/2024
PPC: 84,00 DH

تأسيس البطن.
عاما : الكزبرة، الورد الفاتح اللون، الع
تكمّل هذا المزيج شكك رافع : ليقيّد

P.P.C. 34,00

LAPARA sarl
www.lapara.ma

- IF : 1086552 - 90 rue Abdelmalek N
ele - BP 70010 - 59721 DENAIN CEDEX -

LOT: 200329
DLUO: 10/2023
39,00 DH

on
ratoires
de toux
s