

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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

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° M21- 0037365

62243

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 927 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUCHOUKA Mohammed

Date de naissance : 27 juin 1948

Adresse : 310 Bd Zerkouni Casa

Tél. : 06 00 521 678 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

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 : 05/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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 travaux <input type="text"/>														
			Montant des soins <input type="text"/>														
			Début d'exécution <input type="text"/>														
			Fin d'exécution <input type="text"/>														
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		D	00000000	00000000		35533411	11433553	Montant des soins <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
G																	
D	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis <input type="text"/>															
		Fin d'exécution <input type="text"/>															
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution															

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		P 17 / 0063862	
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			



P 17 / 0063862

DATE DE DEPOT
/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 927	Signature de l'adhérent 	
Nom & Prénom		Bouchouka Mohammed		
Fonction	Retraite	Phones 0600521678		
Mail				
MEDECIN	Prénom du patient KAFIF p Bouchouka Fatima			
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age 56 ans	Date 26.02.2021
Nature de la maladie		Date 1ère visite		
Abbedon respiratoire				
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
CS		250 dh		
PHARMACIE		Date 26/02/2021	Signature EL ANADEL Mme H.T. EL ARAKI Bd, Abdellatif Ben Kaddour Tel: 022-36-64-77	
Montant de la facture		379.10		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		CACHET	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		CACHET
AM	PC	IM	IV	

Cabinet de Pneumologie
Docteur Latifa Laaboudi
Ep. ELBAKALI

Diplômée de la faculté de Paris

Ancien Chef de Service de Phthisiologie CHU 20 Août

Ex Responsable du Programme de

Lutte Antituberculeuse et Maladies

Respiratoires à Casa-Anfa

عيادة أمراض الجهاز التنفسي

الدكتورة لطيفة العبودي

زوجة البقالي

خريجة كلية الطب بباريس

رئيس قسم أمراض السل بمستشفى 20 غشت سابقا

مسؤولة على برنامج محاربة داء السل

وأضرار الجهاز التنفسي

بعمالة أنفا سابقا



Casablanca le, 26.02.2021

Dr. HAFIF
Fahro

82.10

1) Inexium 20
1 cp avant de se coucher



2) flowair 10

1 cp Apres dejeuner



3) Relaxium 300
1 Gel vers 15h



349.10

Pharmacie EL ANADEL
Mme H.T. EL AKAKI
Bd. Abdelatif Ben Kaddour
Tél: 022-38-84-38

Dr. LAABOUDI La
Pneumologue
98, Rue Abou Salt AL Andaloussi
Casablanca - Tél: 0522 25 25 29
ICE: 00219109100067