

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.

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.

Maladie chronique :

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- 0053247

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 14487 Société : 31991

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :


Nom & Prénom : LAKBIRI R. Adnan

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0668 802560 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 :/...../.....

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

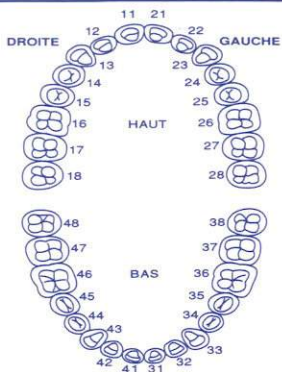
Coefficient

Coefficient
des travaux

Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution



O.D.F. Prothèses dentaires

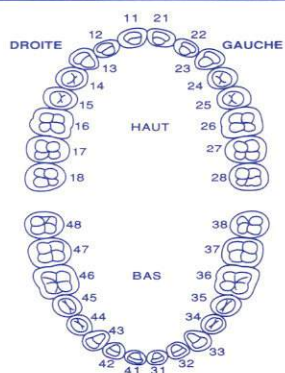
Détermination du coefficient
masticatoire

Coefficient
des travaux

Montant des soins

Date du devis

Fin d'exécution



(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



P17/0064060

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 4487

Nom & Prénom LAKBIRI RADOUAN

Fonction RETRAIRE Phones 0668602160

Mail Lakhiri.ro.poul.com

Signature de l'adhérent

MEDECIN

Prénom du patient NAÏMA

Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐ Age 27/05/2022 Date 17/05/2022

Nature de la maladie 081-8/1955 Date 1ère visite

Affectation soins

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

Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires

C_s + f_s 3092

Signature et cachet du médecin

PHARMACIE

Date 17/05/2022

Montant de la facture

521.60

PHARMACIE EDEN
Houda BENSALD
Pharmacien
13, Rue Jassari Ibn Haddo - Bourgogne
Casablanca - Tel: 022.45.28.79

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

Docteur Mohammed HAMDANI

الدكتور محمد حمداني

Ex Professeur à la Faculté de Médecine
de Casablanca

Ophthalmologie Pédiatrique et Adulte

Ancien Médecin Résident Etranger

de l'Hôpital Necker - Enfants Malades - Paris

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء
أمراض وجراحة العيون للأطفال والكبار

طبيب داخلي سابقا

بمستشفيات باريس

Casablanca le :

الدار البيضاء في : 17/12/24

LAKBIM Naima

Siccafluid

SICCAFLUID 2,5 mg/g
Gel ophtalmique 10 g - PPV : 38,50 DH



6 118001 101023
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Elouadi
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI




6 118001 070404
Laboratoires Sothema Bouskoura
Maxidrol pommade ophtal., 3,5 g
A.D.S.P. Maroc N° 14/DMP/21/NCI
PPV : 22,40 DHS

ZENITH PHARMA
PPC : 37,20 DH

24, Rue Imame Alloussi, 3ème étage, Bourgogne (Face à la clinique Badr). Casablanca

Tél. : 05 22 27 67 46 / 51 (L.G) - Fax : 05 22 26 66 77 - E-mail : ophthamidani@yahoo.fr

SICCAFLUID 2,5 mg/g
Gel ophtalmique 10 g - PPV : 38,50 DH




6 118001 101023

14.2218

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

2,5 mg/g
PPV : 38,50 DH




101023

14.2218

41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

SICCAFLUID 2,5 mg/g
Gel ophtalmique 10 g - PPV : 38,50 DH




6 118001 101023

14.2218

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

SICCAFLUID 2,5 mg/g
Gel ophtalmique 10 g - PPV : 38,50 DH




6 118001 101023

14.2218

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

2,5 mg/g
PPV : 38,50 DH




1023

14.2218

41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

SICCAFLUID 2,5 mg/g
Gel ophtalmique 10 g - PPV : 38,50 DH




6 118001 101023

14.2218

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

2,5 mg/g
PPV : 38,50 DH




1023

14.2218

41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

SICCAFLUID 2,5 mg/g
Gel ophtalmique 10 g - PPV : 38,50 DH




6 118001 101023

14.2218

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

2,5 mg/g
PPV : 38,50 DH



1023

14.2218

41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

SICCAFLUID 2,5 mg/g
Gel ophtalmique 10 g - PPV : 38,50 DH



6 118001 101023

14.2218

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI