

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

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.

entaire :

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

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° M21- 0060236

Optique 76307 Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 493 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HAJ HAMOU Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 052 236 45 59 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : M. 30 JUIN 2011 Age:
 Lui-même Conjoint Enfant

Lien de parenté :

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 : / /

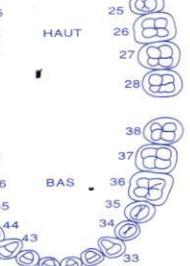
Signature de l'adhérent(e) : /

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 canalaires, 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		
		H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				
		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution		
VOLET ADHERENT		NOM : H. J. KAMOU.		
DECLARATION N°		P 17 / 0065519		
Date de Dépot	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes		
29/6/2021	159625000	2 W		
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				



P17 / 0065519

DATE DE DEPOT

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 493	 Signature l'adhérent
Nom & Prénom HAJ HAMOU Nohaem / 10			
Fonction Code B	Phones 0522.36.15.59		
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient HAJ-HAMOU Jacqueline		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age 85 ans
Nature de la maladie HTA		Date 3/5/2021	Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficients	Montant détaillé des honoraires	
C	1	CA	
PHARMACIE F	Date 20/05/2021		
Montant de la facture		1586,40	
Signature et cachet du Pharmacien			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
CACHET			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires			
CACHET			

Dr. F. Z. Moussaoui

الدكتورة فاطمة الزهراء موساوي

MEDECINE GENERALE

Lotissement Zoubir
(Gpe. Addoha), Imm. 112 I
Appartement 4 Ooulfa - Casa
Tél. : 05 22 93 41 48

الطب العام

تجزئة الزبير
(مجموعة الضحي) عمارة
شقة 4 الألفة I
05 22 93 41 48
الهاتف :

Casablanca, le

3/5/2021

الدار البيضاء، في

3x138.20

1)

Nitrofurantoine 300 mg (x3)
1 g/j Mat

PPV

139.20

PPV
LOT

139.20

PPV
LOT
DEP

P.P.V: 57DH70
LOT: B24044
EXP: 07/2022

2) 4x5725 Aldactone 50 mg (x4)
1 g/j Mat

PPV

X

139.20

P.P.V: 57DH70
LOT: B23056
EXP: 10.2021

3) Plavix 75 mg (x28)
3x316 1 g/j pdr

Plavix 75 mg cp b28
P.P.V: 316,00 DH

6 118001 081257

Ain sebaï Casablanca
Plavix 75 mg cp pel b 28
P.P.V: 316,00 DH

6 118001 081257

Ain sebaï Casablanca
Plavix 75 mg cp pel b 28
P.P.V: 316,00 DH

6 118001 081257

1586.40

PHARMACIE
DU DÉPARTEMENT
TEL: 05 22 93 41 48
05 22 93 41 48

Dr. F.Z. MOUSSAOUI
HAJ HAMOU
Lotissement Zoubir - Casa - 112
Appt 4, Oulfa - Casa