

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.

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.

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 Étage 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- 073110

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6259 Société : 76934
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : LAOUINI EL MOSTAFI
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 :
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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 05/07/2021

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																				
				Montant des soins																				
				Début d'exécution																				
				Fin d'exécution																				
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></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553				Montant des soins
	H		G																					
	25533412	21433552																						
00000000	00000000																							
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis																					
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de																					

VOLET ADHERENT	NOM: LAOUINI	Mle 6259
DECLARATION N°	W16-054808	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
05-07-21	1439.20	ordonnance
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		



W16-054808

DATE DE DEPOT

05/07/2021

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 6259	
Nom & Prénom LAOUINI ELMOSTAFA			
Fonction: Rehante	Phones: 0649732133		
MEDECIN		Prénom du patient Laouini Mustapha	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age 68 ans	Date 09/06/21	
Nature de la maladie Zona		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes CRIS	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires 2090	Dr. Latifa ABOUJIDA MEDECINE GENERALE ECHOGRAPHIE 241, Bd. Oued Tansift - El Oudira Tél: 05 22 91 56 77 - CASA - 20220
PHARMACIE Date 09/06/21 Montant de la facture 1439.20			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	STEPHARMACIE HANZA CASABLANCA Lot. H. A. H. 6 N° 3 Lot. 14 Casablanca - Tél: 05 22 93 10 24
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

MEDECINE GENERALE

ECHOGRAPHIE

Diplômée de l'Université de
Montpellier (France) 🇫🇷

Ex. Medecin - Chef de C.S.U.

GYNECOLOGIE MEDICALE

U. L. P. Strasbourg

LOT: 192082 EXP: 01/22
REV: 502DH00

Casablanca, le

01/22
0

Casablanca, le 09/06/25

Mr Larini Mustapha

me

502.00

- Cicloral 800 =

5)

- Cicloviral crème

22.10

22.11
- Codolipran

- Bactospray

138.00

AS NO

STEPA
C
Kodk. Velj. 19
Carablanco
3920

STEPHARMACIE HANZA
C.A.S. - CASABLANCA
Lott. Hajj Assen Rd. n° 3 Lot. 04
Casablanca - Tél: 051 293 10 20

الدكتورة لطيفة أوجيه
الطب العام



CIC

LOT: 20N074 EXP: 10/23
PPV: 59DH10
ACICIOVII

LOT: 20N073 EXP: 10/23
PPV: 59DH10

حاصره على دبلوم امراض النساء
جامعة ستراسبورغ (فرنسا)

que

LOT: 20N073 EXP: 10/23
PPV: 59DH10

PPV:59DH10

LOT:212082 EXP:02/24
PPV:59DH10

PPV: 22DH20
PER: 03/23
LOT: K655

BACTOSPRAY
LOT: BDB08
EXP: 04 /2023
PPC: 138.00DH

BACTOSPRAY
LOT: BDB08
EXP: 04 /2023
PPC: 138.00DM

Dr. Latifa ABOUJIDA
MEDECINE GENERALE
ECHOGRAPHIE
Transit - EL
CASA -

Dr. Latifa A. MEDICINE GÉNÉRALE
ECHOGRAPHIE
241, Bd. Oued Ansift - El Oulfa
Tél. : 05 22 91 56 77 - CASA - 202

(PPV: 75DH10)

(PPV: 75DH10)

(PPV: 75DH10)

نسفت - الألفة (قبالة المركب الرياضي الألفة) - البيضاء 20200 - الهاتف : 05.22.91.56.77

241, Bd. Oued Tansift - El Oulfa (En face du Complexe Sportif Oulfa) CASA 20200 - T

CICLOVIRAL[®] 5%

Aciclovir

LOT: 212083 EXP: 02/24

PPV: 59DH10

CICLOVIRAL[®] 5%

Aciclovir

LOT: 212082 EXP: 02/24

PPV: 59DH10