

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

ique :

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

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 6159

Société : 76934

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : LAOUINI EL MOSTAFA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Age:

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

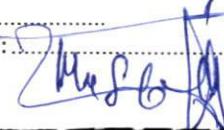
Nature de la maladie :

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

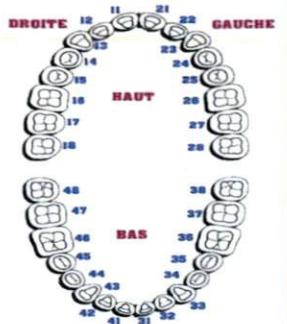
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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 canalaire, 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

Coefficient
des travaux

Montant des soins

Date du devis

Fin de

ODF. Prothèses dentaires



Détermination du coefficient
masticatoire

DROITE	11	21	GAUCHE
	12	22	
	13	23	
	14	24	
	15	25	
	16	26	
	17	27	
	18	28	
	19	29	
	20	30	
	21	31	
	22	32	
	23	33	
	24	34	
	25	35	
	26	36	
	27	37	
	28	38	
	29	39	
	30	40	
	31	41	
	32	42	
	33	43	
	34	44	
	35	45	
	36	46	
	37	47	
	38	48	
	39	49	
	40	50	
	41	51	
	42	52	
	43	53	
	44	54	
	45	55	
	46	56	
	47	57	
	48	58	
	49	59	
	50	60	
	51	61	
	52	62	
	53	63	
	54	64	
	55	65	
	56	66	
	57	67	
	58	68	
	59	69	
	60	70	

(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique nécessaire à la profession

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 EL MOSTAFA**

Fonction : **Retraite** Phones **0642732133**

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

Laaduni Mustapha

Adhérent Conjoint Enfant

Age **68 ans** Date **09/06/21**

Nature de la maladie

Date 1ère visite

Zona

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

Dr. Latifa ABUJIDA
MEDECINE GENERALE
ECHOGRAPHIE
241, Bd. Oued Tansift - El Jadida
241, Bd. Oued Tansift - El Jadida
0522915677 - CASA - 20220
Télé: 0522915677

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des
honoraires

CRS

2000.00

PHARMACIE

Date **09/06/21**

Montant de la facture

1439.20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des
Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

STEPHARMACE HANZA
C. 1439.20
6 N° 3 Lot 54
Lot. HANZA
Casablanca - Téle: 0522931024

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre

Montant détaillé des
Honoraires

AM

PC

IM

IV

