

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

Education :

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.

Dentaire :

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.

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.

RAS : 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

Nº M21- 066260

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 628

Société : R.A.M 7815U

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SE BSTI KAMAL

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 : Age :

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) :

Autorisation CNDP N° : AA-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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | | Dents Traitées | Nature des soins | Coefficient | Coefficient des |
|---|--|--|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | 1 | Montant des soins |
| | | | | | Début d'exécution |
| | | | | | Fin d'exécution |
| | | | | | Coefficient des travaux |
| | | | | | Montant des soins |
| | | | | | Date du devis |
| | | | | | Fin de |
| O.D.F. Prothèses dentaires | | Détermination du coefficient masticatoire | | | |
| | | H | | | |
| D | 25533412 00000000 00000000 35533411 | 21433552 00000000 00000000 11433553 | G | | |
| (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | |

| | | |
|--|----------------|------------------------|
| VOLET ADHERENT | NOM : | Mle |
| DECLARATION N° | W17-124249 | |
| 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 | | |



W17-124249

DATE DE DEPOT

/...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 6229

Nom & Prénom : Sebbi Abd KAMAL

Fonction : RETRAITE Phones 06 06 31 02 10

Mail Kamal.Sebbi.2@gmail.com

MEDECIN

Prénom du patient

SEBBI CAFFIA

Adhérent Conjoint Enfant

Age 67 ans Date 12/05/2021

Nature de la maladie

Date 1ère visite

Argus à Toux + coryza

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

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

PHARMACIE

Date 12/05/2021

Montant de la facture

يطلب من المتربي سلام
Pharmacie Nassim Islane
Dr. Benhadjed Soumaya
318, Lot. Nassim Islane Lissas 12
Casablanca - Tel.: 05 22 93 85 95

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

Docteur EL ATOUANT Hind

Médecine Générale

Diplômée de la Faculté de Médecine
de Casablanca



الدكتورة العطوانى هند

الطب العام

كلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le ١٢/٥/٢٠٢١ الدار البيضاء، في

L'Infant SEBTI CAHELIA

٢٠,٦٠ × ٢

à Cloture sup. ٤٧

SV

Idole de ٣٤ kg × ٣١

٩٥ ml

٢٩,٦٠

à Apical infant

SV

٤١ × ٣٨

١٢,٨٠

à Diphthane ٣٠٠ mg

SV

١٣٤ ml de la jin

٢٢,٥٠ à Nodol ja

Idole de ٣٤ kg de la elouz
à jidde

PPV: ٧٠,٦٠ DH
LOT: ٦٤٤١٧٩
PER: ١٠/٢٠٢١

PPV ١٢DH ٨٠
LOT ٥٤/٢٢
PER J ١٣ ٣٥

PPV: ٧٠,٦٠ DH
LOT: ٦٤٤١٧٩
PER: ١٠/٢٠٢١

ER: ٠٥/٢٠٢٢
OT: ٩٣١١٤
SUSP BUV FL ١٥٠ML
N°-DOL FEN ٢٠MG/ML
Dr. Bernardo Nassim Sounmagy
Casablanca - Tel.: ٠٥ ٢٢ ٩٣ ٨٥ ٩٨
Pharmacie Nassim Islaane

Barcode: ٣٦٦٦٦١٨٩٢
Lot: ٢٠٢٢/٠٥
P.P.V: ٢٢DH ٥٠
Avant le:

PPC: ٧٩,٥٠ DH
Lot: ٢٠٢٤/٠٣
À consommer

210154
03/2024

26,40

51 Tobira callyn
gant x 415

15

282,40



Pharmacie Nassau Island Soumaya
Dr. Bernoulli, Nassau Island Soumaya
Casablanca - Tel.: 05 22 93 85 98
318, Lot. Nassau Island Soumaya