

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.

Diagnostique 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.

Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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- 066260

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 629 Société : RAM 78154

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SEBti 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° : A-A-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 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			Montant des travaux Montant des soins Date du devis Fin de																	
	<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>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553					
	H		G																		
	25533412	21433552	00000000		00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																		
35533411	11433553																				
(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		SEBTEI KHAL
Fonction	RETRAITE	Phones 06 06 31 02 10
Mail	Khal.Sebte@gmail.com	
MEDECIN	Prénom du patient	
Adhèrent	Conjoint	Enfant
Age	07 ans	Date
Nature de la maladie	Date 1ère visite	
Argine à Toux - conjonctivite		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
		150 DH
PHARMACIE	Date	
Montant de la facture	12/05/2021	
282,40 DH		
Pharmacie Nassim Islane Dr. Benkhalifa Soumaya 318, Lot. Nassim Islane Lissas Casablanca - Tel.: 05 22 93 85 98		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

Docteur EL ATOUANI Hind

Médecine Générale

Diplômée de la Faculté de Médecine
de Casablanca



الدكتورة العطوانى هند

الطب العام

للية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le 12/05/2022 في الدار البيضاء،

L'infant SEBASTI CAHELIA

70.60 x 2

Chlorin sup sup.

SV

Idon de 24kg x 315

rel 067

70.60

Aspiral infant

Kas x 315

SV

Pharmacie Nassim Islane
318, Lot. Nassim Islane Lissafa
Casablanca - Tél.: 05 22 93 85 98

12.80 Dalypen 300mg

15 it le 6 heures si fièvre

SV

22.50 Nodol fa

Idon de 24kg it le 6 heures
si fièvre

PPV: 70.60 DH
LOT: 644179
PER: 10/2021

PPV: 120 DH 80
PER: 04/22
LOT: 113330

PPV: 70.60 DH
LOT: 644179
PER: 10/2021

LOT: 9MA114
NO - OOL FEN 200MG/ML
SUSP BUV FL 150ML
P.P.V.: 220.50
1180001661892

Lot: 210154
A consommer
avant le:
PPC: 79.50 DH

03/2024

26,40

S. Tobra collige
jeune x415



282,40



Pharmacie Nassim Islane
Dr. Benouna Soumaya
318, Lot. Nassim Islane Lissasfa
Casablanca - Tél: 05 22 93 85 98