

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.

Educations :

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.

Prothèse :

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 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- 069161

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2484 Société : RAM 84287

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : /ve

Nom & Prénom : EL OUAFI MOUNA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06-88-84-82-34 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) :

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			Coefficient des travaux
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553			Montant des soins
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis
				Fin de

VOLET ADHERENT

NOM : Mle

DECLARATION N°

W17-130347

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



W17-130347

DATE DE DEPOT

15.10.2021

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 2484

Nom & Prénom EL OUAFI MOUNA

Fonction : Phones 0688848774

Mail

MEDECIN

Prénom du patient EL OUAFI MOUNA

Adhérent

☒ Conjoint

☐ Enfant

Age

Date

12/08/2021

Nature de la maladie

Date 1ère visite

Suivie avec orthopédie fonctionnelle

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

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

CS

200,00

PHARMACIE

Date

12/08/21

Montant de la facture

120,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

Dr. M'HAIDRA Abd

Diabétologie - Nutrition
Echographie

Diplômé de la Faculté de Médecine
de MONTPELLIER - FRANCE
HOMEOPATHIE - OMNIPRA

Spécialiste en Médecine
du travail de la Faculté de Médecine
Diplômé d'expertise
et de réparation juridique et
de la faculté de médecine de
Ancien Médecin à l'Hôpital
Provincial de Laâyoune

91, Village Pilote de Dar Bouazza
Tél.: 05 22 29 00 09 - INPE091112979

CODEXIAL
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

ENVIROSCAB
Aérosol
Antiparasitaire

الدكتور عبد العظيم امهيزرة

أمراض السكري و التغذية - الفحص بالصدى

خريج كلية الطب بمونبولي فرنسا

دبلوم في الفحص بالصدى

العلاج المثلي

اختصاصي في طب الشغل

من كلية الطب برانس

دبلوم في الخبرة

والتعويض الجسدي من كلية الطب بالدار البيضاء

طبيب سابقا بالمستشفى الإقليمي بالعيون

91, قرية النموذجية ديار بوعزة

الهاتف : 05 22 29 00 09 - INPE091112979

Dar Bouazza, le 12/08/2021

Mme EL OUAFI MOUHA

37.40

1/ EFFIPRED 20mg

3cp/j palt 3j

68,60

2/ HEPANAT

1cp x 3/j

14,00

3/ Doliprane 1000

1cp x 3/j

T: 120,00



Pharmacie du Littoral
Docteur El Miloudi Salah Eddine
01, Centre Commercial Dar Bouazza
CASABLANCA
Tél/Fax: 0522 29 00 09



Dr. Abdeladim M'HAIDRA
Diabétologie - Nutrition - Echographie
Spécialiste en Médecine
du Travail de la Faculté de Médecine
du Travail de la Faculté de Médecine
91 Village Pilote de Dar Bouazza
Tél: 05 22 29 00 09 / GSM: 06 61 31 87 85

PPV: 14DH00
PER: 06/24
LOT: K1763

اصحبوا معكم هذه الوصفة عند الزيارة المقبلة