

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.

Radiologie 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 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

La 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° W21-686644

103723

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3571 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Boukkia Bouchar

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-686644

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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.

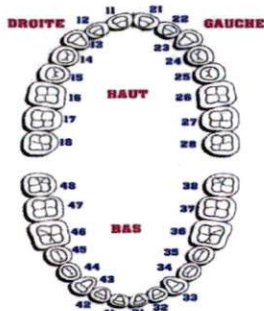
SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature
des soins

Coefficient

Coefficient des



Montant des soins

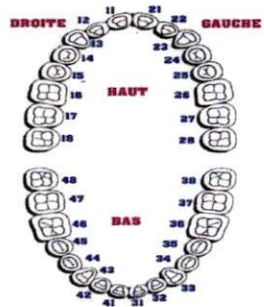
Début d'exécution

Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires

Détermination du coefficient
masticatoire

Coefficient
des travaux



Montant des soins

Date du devis

Fin de

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT

NOM : Boukha Bouchaib

Mle 3571

DECLARATION N°

W18-405979

Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

257,80

6 pièces

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



W18-405979

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 3571

Nom & Prénom Boukha Bouchaib

Fonction : retraite Phones. 0662449889

Mail

Signature de
l'adhérent
Signature de
l'adhérent

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent

☒ Conjoint

☐ Enfant

☐

Age

Date

Nature de la maladie

Date 1ère visite

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

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des
honoraires

Signature et
cachet du
médecin

PHARMACIE

Date 2/2/2022

Montant de la facture

257,80

Signature et
cachet du
pharmacien

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des
Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre

Montant détaillé des
Honoraires

AM

PC

IM

IV

CACHET

PHARMACIE ESSA-EGH

MOHAMED ESSA-EGH

SALMIA 2 RUE 18 N 48 - 50 SIDI OTHMAN CASA

CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 37242910

N° R.C. : 508885

N° CNSS : 2020741

N° ID.F. : 37300971

N° ICE 002847574000030

Tel : 38.88.74

Fax 065105363

BOURKIA BOUCHAIB

Le : 02/02/2022

FACTURE N°:

55899/22

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
2	DIAMICRON 60 LM CP / 60	78,70		157,40
4	IPRADIA LP 1000 MG CPS / 30	25,10	7	100,40

TVA 7%:

6.57

Total :

257,80

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

DEUX CENT CINQUANTE SEPT DIRHAMS ET QUATRE-VINGTS CTS



