

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Données 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.

Prothèses :

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- 080259

106207

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12153 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Narchaoui Le Kbir

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 : LE Kbir 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
				Montant des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	<table border="1"> <tr> <td></td> </tr> <tr> <td>Montant des soins</td> </tr> <tr> <td>Date du devis</td> </tr> <tr> <td>Fin de</td> </tr> </table>		Montant des soins	Date du devis	Fin de
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
00000000	00000000															
35533411	11433553															
Montant des soins																
Date du devis																
Fin de																
(Création, Remont, adjonction)																
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°	W16-068747		
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			



W16-068747

DATE DE DEPOT

19/01/2022

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 10153
Nom & Prénom <u>Marhoun Lebbir</u>		
Fonction : <u>Manager</u>	Phones : <u>06 66203635</u>	
Mail :		

MEDECIN		Prénom du patient
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Age :		Date : <u>19-01-22</u>
Nature de la maladie : <u>colp Néphrotique + HTA</u>		Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>C</u>		<u>150,00</u>

PHARMACIE	Date : <u>19/01/22</u>
Montant de la facture	<u>1124,40</u>
INPE 092037217	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	

AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV



San

Docteur BEN JELLOUN

A. Med Fouad

Médecine Générale

Ex. Médecin Chef du Centre de

Santé de Sidi Allal Bahraoui

Bd. EL QODS ADDAMANE

GH 06 IM. T 35 APPT. 1 INARA 1

Portable : 0633 68 12 69

B : 0633 33 25 33

الدكتور ابن جلون

ع. محمد فؤاد

الطب العام

طبيب رئيسي سابقا

بسيدي علال البحراوي

شارع القدس مجموعة الضمان

GH 06 عمارة T 35 الشقة 1 الإنارة 1

الحمول : 0663 68 12 69

0633 33 25 33 - ع

Casablanca, le 19.01.24 في الدار البيضاء،

OT: 210512
DU: 12/2024
99.00DH

7² 7 ARHOUT LEBIR
50,90

OT: 210507
DU: 10/2024
99.00DH

Acupan

150/

41,70

2 - Proferid 8/80

185,00 x 13
3 - EXforge 5-8/80

99,00 x 34

4 - Relaxium 136

40,40

5 - Reto d'apamy 24x131f

NOVARTIS
PPV : 195,00 DH

611800103058 3
EXFORGE
5mg/80mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 195,00 DH


611800103058 3
EXFORGE
5mg/80mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 195,00 DH

P.P.V. : 40,40 DH
Distribué par COOPER PHA
41, rue Mohamed Diouri - Cas
112001 10023

6. Negevaine jute 34, 20 x 2
1 yr + 2y


Dr. BENJELLOUN A. Med. For. M. H. S. 06
M. H. S. 06
Bd. Et. 06
Imm. 35
Casablanca


LOT 211483
EXP 06 2026
PEV 54.70
LOT 54200
EXP 01 2026
PEV 54.70


1124,00

PHARMACIE LA COLOMBE
33, Rue Ibnou Nafiss - Maârif
CASABLANCA
Tél: 0522 25 71 07
I.F: 40477366 - T.P: 35774611