

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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'Hora Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-711892

117646

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 9289		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ABDECCAT
Nom & Prénom : Jikku		Date de naissance :	
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés : _____ Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	Age:
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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.	

R ACCUEIL
M 3 JUIN 2022

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.

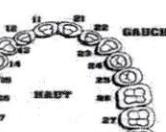
Fait à : _____ Le : _____ / _____ / _____

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux
	$H = \frac{25533412}{D} = \frac{25533411}{35533411} = 21433552$ $G = \frac{00000000}{00000000} = \frac{00000000}{35533411} = 00000000$	
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession	Montant des soin 994,20
		Date du devis
		Fin de

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°		W18-366803
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		



W18-366803

DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	Mie 2729
Nom & Prénom	J. KER ABDELLATEFI
Fonction : retraite	Phones
Mail	05 23 34 38 84

MEDECIN	Prénom du patient <u>JIKEL ABDULLATIF</u>		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age <u>45 ans</u>
			Date <u>30/05/2022</u>
Nature de la maladie		<input type="checkbox"/> Date 1ère visite	
<u>DS 2</u>			

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

Monsieur		Signature et Prénom et nom complet
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
CS	C2	250

PHARMACIE	Date <u>30/05/22</u>
Montant de la facture	<u>744,20</u>

T44,24

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

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



'PHARMACIE DU SOLEIL

Youness ET TALBI

Docteur en Pharmacie

37-39, Bd. Attahrir - Bouchrit
Tél. : 023.34.34.61 - EL JADIDA

FACTURE N° 001206

El Jadida, le

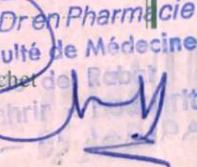
30/05/22

Mr. TIKEN ABDELLATIF Doit

Quantité	Désignation	Prix Unit.	Montant
04	ABD 1g /20cp	19,90	79,60
01	ABD 1g /16cp	35,00	35,00
08	Diamicron 60/60	28,70	629,50
			744,10

Arrête' le montant de la
Facture sous la somme
de Sept cent Quarante Quatre

DIRHAMS, et Le PHARMACIE DU SOLEIL
Youness ET TALBI Docteur en Pharmacie
Lauréat de La Faculté de Médecine
Signature et Cachet de Rabat

37-39, Bd. Attahrir


19,90

19,90

19,90

19,90

19,90

78,70

78,70

78,70

78,70

78,00

78,00

78,00

78,00



Le 30.10.1202

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien

Je soussigné: Dr. Khalid BERTAL-FILALI
..... Spécialiste En Endocrinologie
..... & Maladies Métaboliques (Diabetologie)

Certifie que Mlle, Mme M. J. KER A. DELLATIF

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de: avie

Dont ci-joint l'ordonnance: cf ordonance

(A défaut noter le traitement prescrit) 1 ADDERENOZOL 0.2 mg/j
2 Diamigemol 2+112 CM/jr

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18