

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

M22- 0005830

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06938 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HAÏLOUA ABDEL MOUNHIM
Date de naissance : 17/02/1962
Adresse : Lot. MARIANNE 1m D N°8 2ème Etage
CALIFORNIE CASABLANCA
Tél. : 0608016999 Total des frais engagés : 1568.20 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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☒ ALC Pathologie :

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 : CASABLANCA Le : 14/06/2022
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0005830

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 : 06938
Nom de l'adhérent(e) : HAÏLOUA
Total des frais engagés : 1568.20 Dhs
Date de dépôt :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/6/2022	568,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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 <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div>G</div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE DES DALIAS

MME BOUSFIHA SOUAD

492 BIS BD PANORAMIQUE POLO CASABLANCA

CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 34911384

N° R.C. : 306774

N° ID.F. :

N° ICE: 000450280000032

MR HAILOUA ABDEL MOUNHIM

CASABLANCA

N° CNSS: 6291182

Tel : 0522527560

Fax :

Le : 14/06/2022

FACTURE N°: 589/22

Qté	Désignation	Prix	Montant
6	HYTACAND 8MG/12,5 COMPS.28	94.70	568.20

Total : 568,20

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

CINQ CENT SOIXANTE HUIT DIRHAMS ET VINGT CTS

صيدلية الدالياس
PHARMACIE DES DALIAS
Dr. S. BOUSFIHA BOUHLAL
492, Bis Bd. Panoramique
(Montpellier) - Tel: 0522 527 560

SYNTHEMEDIC
22 rue soubair bnou al aouam roches
noires casablanca
HYTACAND
8 mg/12,5 mg Cpr
Bte de 30
28 DMP/21/NRQ P.P.V: 94,70 DH
6 118001 020881

SYNTHEMEDIC
22 rue soubair bnou al aouam roches
noires casablanca
HYTACAND
8 mg/12,5 mg Cpr
Bte de 30
28 DMP/21/NRQ P.P.V: 94,70 DH
6 118001 020881

SYNTHEMEDIC
22 rue soubair bnou al aouam roches
noires casablanca
HYTACAND
8 mg/12,5 mg Cpr
Bte de 30
28 DMP/21/NRQ P.P.V: 94,70 DH
6 118001 020881

SYNTHEMEDIC
22 rue soubair bnou al aouam roches
noires casablanca
HYTACAND
8 mg/12,5 mg Cpr
Bte de 30
28 DMP/21/NRQ P.P.V: 94,70 DH
6 118001 020881

SYNTHEMEDIC
22 rue soubair bnou al aouam roches
noires casablanca
HYTACAND
8 mg/12,5 mg Cpr
Bte de 30
28 DMP/21/NRQ P.P.V: 94,70 DH
6 118001 020881

SYNTHEMEDIC
22 rue soubair bnou al aouam roches
noires casablanca
HYTACAND
8 mg/12,5 mg Cpr
Bte de 30
28 DMP/21/NRQ P.P.V: 94,70 DH
6 118001 020881