

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

20/02/22

Déclaration de Maladie : N° P19- 0015002

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0440 Société : /

Actif Pensionné(e) Autre : /

Nom & Prénom : AITKASS Boujemaa Date de naissance : 01 01 1940

Adresse : 2 Rue Her Nessimine Ann Diab casab

Tél. : 0663058589 Total des frais engagés : 324 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/04/2022

Nom et prénom du malade : AITKASS AMALOU Age : /

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Hypertension

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 : 09/04/2022 Le : 09/04/2022

Signature de l'adhérent(e) : /

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19- 0015002

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 : /

RELEVE 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
HARMACIE ONYX Dr. Lahlou Nora Bd. Sidi Abderrahman Lot. Salam N°9 Villa 75 - Casablanca 05 22 79 87 37	07/04/22	324,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISE

VISÉ ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

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

Pharmacie onyx

PHARMACIE ONYX
Dr. Lahlou Nora
Bd. Sidi Abderrahman Lot. Salaj
Lot n°9 Villa 75 - Casablanca
Tel. 05 22 79 81 37

Casablanca, le 07/02/2021

L, 07104122

FACTURE n° : 8570/2021

Client :

M : Amalou Zineb

PHARMACIE ONYX
Dr. Lahlou, Nora
Bd. Sidi Abderrahman Lot. Salaj
Lot n°9 Villa 75 - Casablanca
Tel. 05 22 79 81 37

Désignation	Qte	Total/HT
Ramipril un 5 m	6	54.00
TOTAL T.T.C		324,00

Arrêtée la présente FACTURE à la somme de :

Trois cent vingt quatre

PHARMACIE ONYX
Dr. Lahlou, Nora
Bd. Sidi Abderrahman Lot. Salaj
Lot n°9 Villa 75 - Casablanca
Tel. 05 22 79 81 37



valable 3 mois

Le 25/8/2010

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

DR BENGHIZI Abdellah

Certifie que Mlle, Mme, M. :

ANALOU ZINEB

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de : indéfinie (TT de longue

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Docteur A. BENGHIZI
CARDIOLOGUE
275 Bd. Zerkouri
Tel: 0522 89 99 48
Mobile: 0663 08 63 80

Lot N° 987798137
BD. Sidi Abdellah - Casablanca
Dr. Lahcen Ora Sali
PHARMACIE ONLY

54,00
PER 00 25

54,00
PER 00 25

54,00
PER 00 25

54,00
PER 00 25

54,00
PPV 54DH00
2010-03-06-24

54,00
PPV 54DH00
2010-03-06-24