

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- 0019684

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	2135	Société :
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom :		
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 :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0019684

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux	
					Montant des soins	
					Début d'exécution	
					Fin d'exécution	
					Montant des soins	
					Date du devis	
					Fin de	
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire				
		H	G			
D	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553				
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession						

Votre signature ou celle de votre représentant légal

Signature et datation de la facture

Signature et datation de la preuve



W18-141259

DATE DE DEPOT

09.09.2022

par courrier

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 2135														
Nom & Prénom MOHAMMED RGUIEGU																
Fonction Retraité Phone 536501309																
Mail HAY EL AALAOUD BOUKHLALI MED 82000																
MEDECIN		Prénom du patient RGUIEGU M														
<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age 15.12.1950		Date 9 AOUT 2022														
Nature de la maladie Podalgie																
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances Non																
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires														
CS	1	250,00														
PHARMACIE		Date 09.09.2022														
Montant de la facture		200,70														
ANALYSES & RADIOGRAPHIES Date : 082005455																
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires														
AUXILIAIRES MEDICAUX Date :																
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Nombre</th> <th rowspan="2">Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Nombre				Montant détaillé des Honoraires	AM	PC	IM	IV						
Nombre				Montant détaillé des Honoraires												
AM	PC	IM	IV													

CABINET DE TRAUMATOLOGIE-ORTHOPEDIE

Dr. Abdellatif BOUSLIKHN

Diplômé de la faculté de Médecine de Bordeaux

Chirurgien Spécialiste

Chirurgie des Os et des Articulations



الدكتور عبد اللطيف بوسليخن

خريج كلية الطب ببورو

اختصاصي في جراحة العظام والمقاييس

الكسرو تقويم العظام

Oujda le : - 9 AOUT 2022 وحدة في :

7^e ROUIGOU نهج

99,00

Tension

1S

Stati loj

60,90

Flaccid 15

1S

40,80

Appli - edi 14)

Keto gel Fenac

> 5

20070 ATUBZ 2 app

جراح العظام
DR. ABDELLATIF BOUSLIKHN
BIOLOGICAL
Chirurgie Orthopédique &
Oujda 05 36 71 00 71

Pharmacie AL HIDAYA
N°me N°tva BENLALLI
Docteur en pharmacie
Rue Genabli - Hay Andalous
Tel : 06 39 50 69 55 - OUJDA
N°PE : 032005455



شارع علال بن عبد الله (أمام سينما باريس) - وجدة - الهاتف: 05 36 71 00 71

100, Av. Allal Ben Abdellah, (face au cinéma le Paris) - Oujda - Tél : 05 36 71 00 71



3 160929 904012

GR106 0525

LOT PER

Prix

99.00

UX ACTIFS M

FLAMIX® 15 mg

14 comprimés

6 118000 071648

LOT 223075

EXP 02/24

PPV 60DH90

Fenac® Promopharm 1%

Gel dermatique

Tube de 50 g

PROMOPHARM S.A.



6 118000 240389

40,80

LOT 20005
PER 11/23
PPV 40DH80