

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

M22- 0047465

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

20253

Société :

Actif

Pensionné(e)

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 :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **M22-0047465**

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 Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution

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

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-359624	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
20/11/2023	— 444,00 —	1

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



W18-359624

DATE DE DEPOT

20/11/2023

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 10153		
Nom & Prénom : <i>Martine Leblanc</i>				
Fonction :	Phones.	<i>✓</i>		
Mail :				
MEDECIN	Prénom du patient : <i>NARJES FEZZAFI</i>			
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age : <i>10+</i>	Date : <i>02.01.23</i>
Nature de la maladie : <i>Maladie</i>			Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
<i>G</i>		<i>250</i>		
PHARMACIE	Date : <i>20/11/23</i>		<i>DR ET TABOUTI Noureddine</i> Pédiatre Pneumo Allergologue 1er étage 21, G.8 Bd Oued Beht, Oufa Tél: 05 22 89 22 59 - Casablanca INPE: 0910050463	
Montant de la facture : <i>194,00</i>				
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES		Date : <i>20/11/23</i>		
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date : <i>20/11/23</i>		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	

Docteur Noureddine ETTABOUTI
PEDIATRE

Spécialiste des Maladies des Enfants
Nouveaux-Nés, Nourrissons & Adolescents
Spécialiste en Pneumo Allergologie
Diplômé de la Faculté de Médecine
de Marseille - FRANCE
Oulfa - N° 5, Rue 91, Groupe B
(Bd.Oued Baht) - Casablanca - TÉL : 02.89.22.89

PPV 55DH70 LOT 25003 3
EXP 10/2025

الدكتور نور الدين التبوتي

إخلاصي في أمراض الأطفال والرضع والراهقة
إخلاصي في أمراض الجهاز التنفسي والحساسية
خريج كلية الطب بباريسيليا (فرنسا)

الألفة - رقم 5 زنقة 91، مجموعة ب، (شارع واد بهت)

الدار البيضاء - الهاتف : 05 22.89.22.89

AXIMYCINE®
500 mg / 5 ml

Sans Sucre

Poudre pour 100 ml de suspension buvable

20,40

02.01.2023

الدار البيضاء، في :

Noureddine F. Ettabi

LOT : 22122
PER : 09/2025
PPV : 20,40 DH

55DH70

79,90

2000

Dr. ETTABOUTI Noureddine
Pédiatre Pneumo Allergologue
N° 5 Rue 91, G. Bât Oued Baht - Oulfa
Tél.: 05 22 89 22 89 - Casablanca
INPE : 901462463



Lot :
À consommer
avant le:
PPC : 79,90 DH

20129
02/2025

PPV: 20DH00
PER: 09/25
LOT: L2949

REVIS 0 H 00
01/25
PER: 09/25
LOT: L2949