

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- 0047465

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10153 Société : 244515

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

--	--

VOLET ADHERENT	NOM : <u>Marhoun Lebailly</u>	Mle <u>10153</u>
DECLARATION N° <u>W18-359624</u>		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<u>20/1/2023</u>	<u>444,00</u>	<u>1</u>
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

20/1/2023

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <u>10153</u>
Nom & Prénom <u>Marhoun Lebailly</u>		
Fonction :	Phones :	
Mail :		
MEDECIN	Prénom du patient <u>NAROUN F. EZZATBA</u>	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input checked="" type="checkbox"/>	Age <u>10A</u>	Date <u>02.01.23</u>
Nature de la maladie <u>Diabète</u>		Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>G</u>		<u>2500</u>
PHARMACIE		
Date <u>02/01/23</u>		
Montant de la facture		
<u>194,00</u>		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		
Date :		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

DR. EZZATBA
Pédiatre Pneumo Allergologue
N° 05 22 89 21 59 - Casablanca
Tél: 05 22 89 21 59 - Casablanca
INRE: 091062463

Docteur Nouredine 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: 05 22 89 22 89

الدكتور نور الدين التبوتي

إختصاصي في أمراض الاطفال و الرضع و المراهقة
إختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي و الحساسية
خريج كلية الطب بمارسيلييا (فرنسا)

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

الدار البيضاء - الهاتف: 05 22.89.22.89

الدار البيضاء، في: 02.01.2023

PPV 55DH70 LOT 25003 3
EXP 10/2025

AXIMYCINE®
500 mg / 5 ml

Sans Sucre

Poudre pour 100 ml de suspension buvable

ARTHOUS F. Effat

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

20,40

55,70

79,90

Lot : 220129
A consommer
avant le : 02/2025
PPC: 79,90 DH

2000

Dr. ETTABOUTI Nouredine
Pédiatre Pneumo Allergologue
N° 5, Rue 91, G.B. Bd. Oued Baht, Oulfa
Tél.: 05 22 89 22 89 - Casablanca
INPE: 091962463

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

18,00