

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 canaux, 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 canaux.

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

M23-000790

151391

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0952 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite
Nom & Prénom : EHAOUKI Abdellah
Date de naissance : 10 October 1948
Adresse : Residence Mansour Immeuble 20 Apt #3 Casablanca.
Tél. 06 61 650584 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

Remplissez ci

Il sera r

récl

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 canaux, 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																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553				Montant des soins
	H		G																					
	25533412	21433552																						
00000000	00000000																							
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis																					
			Fin d'exécution																					
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																						



P 14/0036611

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 0952	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom		CHAOUKI Abdelhak	
Fonction	Retraité	Phones 06.61.650574	
Mail		acki14000@yahoo.fr	
MEDECIN	Prénom du patient		Abdelhak Chouki
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie		Age	
mou: lolo gao droite		Date 24 FEV. 2023	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Date 1ère visite	
		24 FEV. 2023	
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
exercice chirurgie	3.00 DH	A 1400 DH	
PHARMACIE	Date	Total = 1700 DH	
Montant de la facture	Cicaplast Baume BS 14400 DH		
		1700 DH	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
		Angle Bd Ghand et Yacoub	
		El Mansour - Casablanca	
		Tél: 0522 36 08 06	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
Soins les yeux		1 jour.	
CACHET			



maxwell
CENTRE DE MEDECINE ESTHETIQUE & REGENERATIVE

54WNR
09-2025

CICAPLAST B5+
BAUME



Casablanca, le

24 FEV. 2023

الدار البيضاء في

Dr. Cherouat Ab Lekech

- Cebanys 500 Cpell

1 - 2 - 1 en cas de douleur

74,80

+ Spectrum 500

2 - 0 - 2 x 5,10w

aprepa.



Muk100

+ Cicoplast creme

3alr

Dr. YATTA BENKIRAN
Expertise Médicale
P: 06 01 13 96 67

PARA THE GIRLS
Eig. RC 72 Rue Ennesrine
Hay Ennesrine - Casablanca
Tél : 0522 39 53 88

PHARMACIE OULMES CASA
S.A.R.L.A.U

Angle Bd Ghandi et Yacoub
El Mansour - Casablanca
Tél: 0522 36 08 06

maxwell

9 36, Rue Mamoun Mohamed - Maârif - Quartier les Princesses - CASABLANCA
05 22 36 70 80 - 08 08 52 20 50

Casablanca, le 24/02/2023 الدار البيضاء في

FACTURE

Mr CHAWKI ABDELLAH

Exérèse chirurgicale d'un noevus verruqueux de la joue droite

Consultation = 300 dh

Acte chirurgical sous anesthésie locale = 1400 dh

Total :

1700 DH

MILLE SEPT-CENT DH

Dr. Latifa BENKIRAN
Médecin Esthétique
Expert Omnipraticienne
Médecin du Travail
P : 06 61 13 96 67