

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 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-786104

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6306 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Agnès Thami
 Date de naissance : 1970
 Adresse :
 Tél. : 0664.1084.33 Total des frais engagés : 56,20 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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) :

RELEVÉ 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
				INP :

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacie Dounia Erah SARL AU
N° 299 Rue 64 El Wifak 3
Oulfa Casablanca

Date	Montant de la Facture
10/05/23	27,50
15/05/23	28,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prie de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins

Important :

Veillez 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	INP :														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21432552</td> </tr> <tr> <td>00000030</td> <td>00030000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000030</td> <td>00030000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11432553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21432552	00000030	00030000	D	G	00000030	00030000	35533411	11432553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21432552																
	00000030	00030000																
	D	G																
	00000030	00030000																
	35533411	11432553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession.			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pharmacie DOUNIA ERRAHA S.A.R.L AU

Dounia BENYAHIA TABIB
0522915134
299 RUE 64 WIFAQ3 EL OULFA, CASABLANCA



Facture N° FAC-53574

Date : 15/05/2023

ANIDI THAMI

Maroc

Produit	Qté.	P.U	Total
COLCHICINE OPOCALCIUM CO 1MG B20 COMP	1	13,40	13,40
CETAMYL CO 500MG B16 COMP EFFER	1	15,30	15,30

Total Organisme	0 DHS
Total Client	28,70 DHS
Total	28,70 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : vingt-huit DHS et soixante-dix centimes

Pharmacie Dounia Erraha S.A.R.L AU
299 Rue 64 El Wifak 3
El Oulfa Casablanca



IF : 20739649 TP : 35065673 RC : 369135 ICE : 001840763000065
Tel : 0522915134 RIB : 011780000076210001332757
Adresse : 299 RUE 64 WIFAQ3 EL OULFA, CASABLANCA

13,40

Pharmacie DOUNIA ERRAHA S.A.R.L AU

Dounia BENYAHIA TABIB

0522915134

299 RUE 64 WIFAQ3 EL OULFA, CASABLANCA



Facture N° FAC-53174

Date : 10/05/2023

AZNIDI THAMI

Maroc

Produit	Qté.	P.U	Total
DICLO SU 100MG B10 SUPPO	1	27,50	27,50

Total Organisme	0 DHS
Total Client	27,50 DHS
Total	27,50 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : vingt-sept DHS et cinquante centimes

Pharmacie Dounia Erraha SARL AU
N° 299 Rue 64 El Wifak 3
El Oulfa Casablanca
Tél : 05 22 91 51 34

27,50