

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

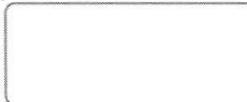
- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation | : contact@mupras.com |
| ○ Prise en charge | : pec@mupras.com |
| ○ Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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'Hydrocarbure Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 1583	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : HADDAD Mohamed			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 167986 Total des frais engagés : _____ Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	/ /
Nom et prénom du malade :	Age:
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie :	Enfant
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, je communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.	



J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements actés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : _____ Le : _____

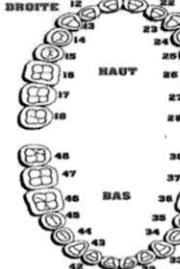
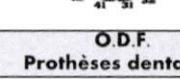
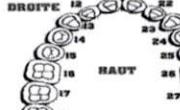
Signature de l'adhérent(e) : 

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	
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire					
	D	H			Montant des soins	
	25533412 00000000	21433552 00000000			Date du devis	
	00000000 35533411	00000000 11433553			Fin de	
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession					
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution				
VOLET ADHERENT		NOM : <i>HADDAD Mohammed</i> Mle 1583				
DECLARATION N°		W16-080869				
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes				
	<i>453,10</i>	<i>5</i>				

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



W16-080869

DATE DE DEPOT

...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mie 1583

Nom & Prénom *HADDAD MOHAMMED*

Fonction : *Retraite* Phones. *0614222273*

Mail *mehaddad1950@gmail.com*

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent Conjoint Enfant Age Date *18/06/13*

Nature de la maladie

Date 1ère visite

Gastrite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes Montant détaillé des honoraires

CS Inject 2000

PHARMACIE Date *18/06/13*

Montant de la facture *253,10*

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

CACHET

CACHET

CHECK-LIST

DOCUMENTS A FOURNIR POUR LE DEPOT DE VOTRE FEUILLE DE SOINS

BIOLOGIE ET RADIOLOGIE		Nombre
<input type="checkbox"/>	Copie des résultats	
<input type="checkbox"/>	Facture	
<input type="checkbox"/>	Ordonnance	
<input type="checkbox"/>	Pli confidentiel	
DENTAIRE		
<input type="checkbox"/>	Accord préalable <u>avant</u> le traitement, <i>en cas de prothèses ou traitement canalaires</i>	
<input type="checkbox"/>	Facture	
<input type="checkbox"/>	Radio <u>après</u> traitement, <i>en cas de prothèses ou traitement canalaires</i>	
<input type="checkbox"/>	Radio <u>avant</u> traitement, <i>en cas de prothèses ou traitement canalaires</i>	
<input type="checkbox"/>	Restitution des anciennes prothèses	
HOSPITALISATION		
<input type="checkbox"/>	Cachet de la clinique sur la feuille de soins	
<input type="checkbox"/>	Compte rendu opératoire	
<input type="checkbox"/>	Copie compte rendu des radios	
<input type="checkbox"/>	Copie résultat de l'anatomopathologie	
<input type="checkbox"/>	Copie résultat des analyses	
<input type="checkbox"/>	Détail et justificatif de la pharmacie En cas d'hospitalisation médicale	
<input type="checkbox"/>	Entente préalable	
<input type="checkbox"/>	Notes d'honoraires	
<input type="checkbox"/>	Ordonnance et factures des actes sous traités	
<input type="checkbox"/>	Pli confidentiel En cas d'intervention chirurgicale	
OPTIQUE		
<input type="checkbox"/>	Facture de l'opticien	
<input type="checkbox"/>	Ordonnance	
REEDUCATION		
<input type="checkbox"/>	Copie compte rendu radio relative à la même maladie	
<input type="checkbox"/>	Entente préalable remplie par le médecin	
<input type="checkbox"/>	Facture	
PHARMACIE		
<input type="checkbox"/>	Ordonnance *	1
<input type="checkbox"/>	Vignettes des médicaments PPV **	4
<p>* En cas d'ALD (Affection Longue Durée), l'ordonnance n'est pas obligatoire. Par contre, il est nécessaire une déclaration de la maladie chronique (à renouveler en fonction du type de maladie. Généralement tous les trimestres)</p>		
<p>** Une facture est obligatoire si le prix ne figure pas sur le PPV ou si le médicament est acheté à l'étranger ou dans le cas de l'achat libre</p>		
<u>En cas d'accident veuillez préciser les causes et circonstances:</u>	Matricule: <i>1583</i> Signature de l'adhérent	FS n°: W16-080869 Signature & visa de la MUPRAS

GLOBALSECOURS.ASSISTANCE@GMAIL.COM

URGENCES 24/7

D. GOSSAS ALI
Médecin Généraliste

253, AV

GLOBAL SECOURS ASSISTANCE
Ambulance 24/24
Urgences 24/24
Tél: 0522 22 22 22

PHARMACIE CHAMPI D'AZAM
DOCTEUR HIND IDRISI AZAMI
riad sofa Ghrib N°2016 Casablanca.
Tél: 05 22 65 01 91

Ordonnance

Casablanca, le 12/06/23.

0522 24 24 21

ASSISTANCE
GLOBAL SECOURS

MÉDECIN A DOMICILE - AMBULANCE ÉQUIPÉE - AVION SANITAIRE NATIONAL/INTERNATIONAL



LOT 211484
EXP 04/2024
PRV 99.00DH

OEDES 20mg

28 gélules



6 118001 100088

27,50

Spasf
30 comp



61:



LOT:230324

0400:03/2026

63,310H



PT: 220585
UO: 07/2025
63,30 DH