

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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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

N° W21-797637

Pas Bon

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 8730	Société :	<i>167550</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<i>MEBTOUN NOUREADINE</i>
Nom & Prénom :			
Date de naissance : 26/07/1969			
Adresse :			
Tél. : 665181842 Total des frais engagés : Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 13/06/2023			
Nom et prénom du malade : MEBTOUL NOUREADINE Age:			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <i>Affection à la gorge</i>			
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 13/06/2023

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W21-797637
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 :	

RELEVE 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
13-06-2023	1c	1	1500/-	INF : 071039801 Docteur Iham Générale 1 Rue Abdellam Khatib Tunis - 10223456

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourmeisseur	Date	Montant de la Facture
EL CALIEU Casablanca 1977/78	13-06-93	354,80

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES										
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.										
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.										
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>						
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>										
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE									
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H	G	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	D	B
	H	G								
	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553								
	D	B								
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										

Docteur Ilham Chah

MEDECINE GENERALE
ECHOGRAPHIE



الدكتورة إلهام شاه

الطب العام

الفحص بالصدى

M HEB TCH Nour eddine.

Ordonnance

Casablanca, Le

13-06-2013

LOT: 3635
PER : 10 - 24
P.P.V: 24 DH 50

LOT : 22E073F
PER : 09/2025
SMECTA ORANGE VANILLE
36 SACHET B30
P.P.V : 50DH40



6 118000 011460

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1,
Ain seba Casablanca
Enterogermina 2 milliards
susp b 10 fl 5 ml
P.P.V : 60,00 DH



ACLAV®
AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE
Rapport amoxicilline-acide clavulanique : 8/1

Poudre pour
suspension buvable
en sachet

1g/125

LOT : 6503
PER : 01-23
P.P.V : 99DH00

Antibiotique
Voie orale

Boîte de 12 sachets

3, Rue Abdesslam EL Khatabi, AV.2 Mars L'Etag

06 61 46 84 49 / المستعجلات : Tél : 05 22 28

شارع 2 مارس الطابق الأول، رقم 25 الدار البيضاء

زنفه