

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

N° M21- 0034308

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 783 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : JAAFAR Mohammed
 Date de naissance : 23-02-1946
 Adresse : Hay Inara J Rue 16 n° 13
 Ann. shock Casablanca
 Tél. : 066180028 Total des frais engagés : 932 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/01/2024
 Nom et prénom du malade : JAAFAR Mohammed Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Syndrome grippal
 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 : Casa

Le : 17/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21- 34308

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 : 783
 Nom de l'adhérent(e) : JAAFAR
 Total des frais engagés : 932,00
 Date de dépôt :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
16.01.2024	Généraliste		600	Dr. AMMOURI Marouane Médecin des Urgences

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ALI-CHARAF Dr. Bouchra TAOUFI Coopérative Ali-charaf, N° DM2 Hay Mohammadi Haddaouia	16/01/2024	338,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié 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			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX		
					MONTANTS DES SOINS	
				DEBUT D'EXECUTION		
				FIN D'EXECUTION		
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX		
					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

AMBULANCE SIMPLE
AMBULANCE MÉDICALISÉE
SERVICE MÉDICAL
AMBULANCE AVION SANITAIRE
SOINS INFIRMIERS
AIDE SOIGNANTE À DOMICILE
HOSPITALISATION À DOMICILE
CONSULTATION À DOMICILE
CONTRE VISITE
ANALYSE MÉDICALE
TEST COVID
MATÉRIEL MÉDICAL

MAYDAY

06 13 34 10 01

06 61 99 99 26

الإسعاف العادي
الإسعاف الطبي
إسعاف الطائرات الطبية
خدمات ترميز منزلية
التمريض
الرعاية المنزلية
الفحص المنزلي
إستشارة منزلية
تحاليل طبية
اختبار كوفيد
معدات ومستلزمات طبية

Ordonnance Médicale

A: Casa Le: 16.01.2024
Nom & Prénom: STARH Mohamed

LOT 231541 1
EXP 04 25
PPV 170.00 DH

PPC : 79DH00



04.2025
L2200512

LOT: 230738
DLUO: 07/2026
09.00DH

PPV: 14DH00
PER: 09/26
LOT: M3220

PHARMACIE ACH-CHARAF
Dr. Bouchra TAOUZI
Coopérative AS-Charaf, N° DM2
Hay Inara, Haddabouia - CASA

Dr. AMAMOURI Maroua
Médecin des Urgences

إقامة البدر تجزئة 11 عمارة رقم 99 المنزل رقم 7 الطابق رقم 2 عين السبع الدار البيضاء

Res. Al Badr Lot N° 11 Imm N° 99 Appt 7 Etg 2 Ain Sebaa - Casablanca - Tél : 06 13 34 10 01

البريد الإلكتروني: contact@maydayhelp.ma