

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

- Reclamation : 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

M22- N° 003240

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 000 M 67 Société : RAH
 Actif Pensionné(e) Autre : 194672
 Nom & Prénom : AZIZ ZOHRA Date de naissance : 1960
 Adresse : Casab. Ben Youssef 8 El Zohra Résidence El Fajr
 9th. RIBAT N°10
 Tél. : 06.04.16.59.84 Total des frais engagés : ... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Docteur ABDESSAMI BENADADA
 MEDECINE GENERALE
 الطبيب العام
 شقة 8 نونع حمام طريق الخير
 16 شارع العروضي - الدار البيضاء
 Fix 0522 73 90 00 GSM 0661 07 24 12
 Date de consultation : 02/02/2024
 Nom et prénom du malade : MAHIL EL Maha Dr Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : AYEG
 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 : Casablanca

Le : 12/02/2024

Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M22- N° 003240

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 Honoriaires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
02/02/21	Cal	al	200	د. د. عبد الصمد بن ناصر Doctor ABDESSAMAD BENNAJAD MEDECINE GENERALE الطب العام الطب العام طرق المرض الطب العام طرق المرض الدار للطب العام ستوكاتون Fix 0522 73 96 66 GSM 0661 07 24 12

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE BLOC C GEOFRAINE 14, 145 BLOC C Rue 2 141 000 CASSEIN 220	02/02/24	316,10

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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.

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



Casablanca le : 02/10/2024 الدار البيضاء في :

 PPV: 14DH00
 PER: 09/26
 LOT: M3216

1B

 PPV: 14DH00
 PER: 02/2026
 LOT: H20262726

3R

 EFFIPRED® 20 mg
 PPV: 40DH00
 EXP: 06/2025
 LOT: 22012 2

3B

 PPV: 14DH00
 EXP: 26/03/2026
 LOT: 26140

1B

 DOLIEIRS
 PPV: 30.00 DH
 EXP: 30.00 DH
 PER: 11/2024
 LOT: 1B

1B

 BIOTIC® PLUS 1g/125 mg
 Boîte pour 10 comprimés pelliculés
 Boîte de 10 unités P.P.V.: 99.00 DH
 0118000 011733

MAHIL ELMEhd

T= 316,10

- Biotic Plus 1s

85,00

1 sachet 1/2

- Mamodol 1s

3430,00

1 sachet 1/2

- Doliprane 1s

14.00 x 3

PHARMACIE BLA
SOCIÉTÉ OFFRA
BP 176
Casablanca
Berroussi (C)

1/2

- Tobrex 0,3%

26,00

18/1 a 1/2

- Bayartene 1s

40,00 - Effipred 1s

 PPV: 14DH00
 PER: 10/26
 LOT: M3202

 PPV: 14DH00
 PER: 06/26
 LOT: M1899