

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.

Radioologie 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 rééducation.
- 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 - Cet 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° W19-600050

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

7439

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

FALLAH RAHMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 28/02/2024

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-600050

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

RELEVE DES SOINS DENTAIRES		
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient
.....

EXECUTION

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur		D
326, Lot. NASSIRIA, Casablanca, Quartier NASSIMI		PPV : 390 DH
Tél/Fax: 05.22.89.05.00		6118001031030
www.ph24.ma		Galvus® 50 mg
Boîte de 60 comprimés.		PPV : 390 DH
3410.80		6118001031030

INCONCERNANT		D
Montant de la Facture		PPV : 390 DH
3410.80		Galvus® 50 mg
Boîte de 60 comprimés.		PPV : 390 DH

LES - RADIOGRAPHIES		D
Désignation des Coefficients		Montant des Honoraires
.....	

O.F. PROTHESES MEDICAUX		D		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV
.....

VOLET ADHERENT

Remboursement		D
* Il est		PPV : 390 DH
Le remboursement est conditionné par la fourniture de tous les documents justificatifs exigés par la Mutuelle.		6118001031030
Galvus® 50 mg		Boîte de 60 comprimés.
.....	

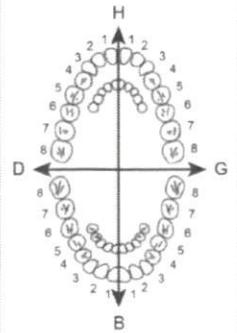
LOT 231318 EXP 04 2026 PPV 107.60

LOT 231316 EXP 04 2026 PPV 107.60

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES			
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
.....	INP :
.....	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

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

ODF PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

M

FALLAHTI
RAHMÀ

CASA Le 27/2/24

Facture N° 69

Quantité	Désignation	Prix	Montant
2	Catoneg. Abolergo	205,00	410,00
4	Gulvus 5 mg/10	390,00	1560,00
3	Staprid 10 m.	107,60	322,80
2	Novomix Flexpen	559,00	1118,00

F 3410,80



