

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Pathologie 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 canaux, 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 canaux.

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

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° P19-0043052

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01803 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BELAFKIH TANSOUR

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 : Age :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-043052

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 :

W18-396322

DATE DE DEPOT

...../...../201...

REMPLEUR PAR L'ADHERENT

Mle

1803

& Prénom

BELAFKIH Hassan

tion :

Phones

0661862111

Mag. chemaou

ARSAT.SALA N°529. Sali

MEDECIN

Prénom du patient

Cher

Conjoint

Enfant

Age

Date

de la maladie

Date 1ère visite

est-il d'un accident : Causes et circonstances

Signature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

ARMACIE

Date

31/08/2019

Montant de la facture

69.80

Dr. Kabbaj Sanae

Pharmacie Yacout

Cplex Yacout BORDJ EL KAY CHEMAOU

Sale Tel : 0537 87 87 17

ICE : 000424273000038

INPE : 102057438

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

KILIAIRES MEDICAUX

Date :

20/09/19

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

M

PC

IM

IV

2.

69.80

Signature et
cachet du
médecin

MUPRAS
03 SEP. 2019
ACCUEIL
CACHET

PHARMACIE YACOUT

ICE : 000424273000038

SALE

Patente N°: 29420795

N° R.C. : 15938

ID Fiscale. 37111810

N° CNSS. : 6139895

Compte :

Tel: 037878717

M BELFKIH HANSONA

Lé: 31/08/2019

FACTURE : 1015

Qté	Désignation	Prix	Montant
1,00	DOLIPRANE SUPP ADULTE	14,40	14,40
1,00	SURGAM 200 COMPS.20	55,40	55,40

PPV: 14.40 DH
LOT: D980-V
PER: 06/16



Dr. Kabbaj Sanae
Pharmacie Yacout
Cplexe Yacout Rte de Mandia/Day Chemaou
Salé - Tel: 037878717
ICE: 000424273000038

INPE : 102057288

TVA : 4.57

Total : 69,80

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :SOIXANTE NEUF DIRHAMS ET QUATRE-VINGTS CTS