

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.

Biologie 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.

Educational :

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.

Prothèse :

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

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- 0047903

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1901 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : JABRANE Hassan
Date de naissance : ~~01/01/1955~~ 01/01/1955
Adresse : L'ESSALAM AL YASMINE GARSIM 74
Appt 7 El an el far
Tél. : 0663 291879 Total des frais engagés : 411,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/06/2019
Nom et prénom du malade :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ 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 : 19/06/2019

Signature de l'adhérent(e) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veillez fournir une facture

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux										
				Montant des soins										
				Début d'exécution										
				Fin d'exécution										
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux										
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins
	H													
	25533412	21433552												
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis											
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de											

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-370538	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-370538

DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 1901
Nom & Prénom		JABRANE Hassan
Fonction :	Retraite	Phones : 063291879
Mail		
MEDECIN		
Prénom du patient		
Adhérent	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Age		Date
Nature de la maladie		Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
PHARMACIE		Date : 19/06/19
Montant de la facture		411,10
		PHARMACIE EALSAM EL YASSMINE
		Imm 79 CH R6-OR N°4, Addouha,
		Al Yassmine Hay Hassani - Casablanca
		Tél :
		Pour Ordonnances
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Date :		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		
Date :		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

ORDONNANCE

PHARMACIE BALSAM
EL YASSMINE

Imm 79 GH RABOR N°4, Addouha,
AL Yasmine Hay Hassani - Casablanca

Tél :

Pour Ordonnances

Le : 19/06/19

Hassan Tabranne

93,00

① Sodav 1/2 sachet x 2

1S

93,00

2x76,20

② 15245 Volta 1 cp x 2

1S SR 75

118001 000
VOLTARENE® SR 75 mg
Comprimés enrobés
PPV : 76.20 DH

③ 120170 Aerius 1 cp le soir

1S

118001 000
VOLTARENE® SR 75 mg
Comprimés enrobés
PPV : 76.20 DH

45,00

④ Zovirax 1 app

1S

MaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 45.00 DH

Ministère de la Santé
Hôpital Al Hassani
Service des Urgences
Casablanca Hay Hassani

OT: 061
PER: AVR 2020
PPV: 120 DH 70

4 11,10