

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.

Educations :

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.

Accident :

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° P19-0048872

NCP

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4540 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BEN BYA FATIMA

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) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
Veuillez 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	Montant des soins																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553				
	H		G																					
	25533412	21433552																						
00000000	00000000																							
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis																						
		Fin d'exécution																						
		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																						

VOLET ADHERENT	NOM : <u>ABDOU</u>	Mle
DECLARATION N° <u>P17/0066172</u>		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
	<u>250 + 334</u>	
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		



P17/0066172

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <u>4540</u>	BENBYA
Nom & Prénom <u>ABDOU ABIMMA (BENBYA)</u>			<u>4540</u>
Fonction <u>EX aequo</u>	Phones <u>066138099</u>		<u>3003</u>
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient <u>ADDOU NOVA</u>		
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input checked="" type="checkbox"/>	Age <u>20</u>	Date <u>07/07/19</u>	
Nature de la maladie	Date 1ère visite		
<u>Unité</u>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<u>ca</u>	<u>1</u>	<u>250 m</u>	
PHARMACIE		Date <u>07/07/2019</u>	
Montant de la facture			
<u>334,30</u>			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
	CACHET		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
		CACHET	

Docteur ZAGHLOUL J
PEDIATRE

Ex. Enseignant à l'Hôpital des E
C.H.U. Ibn Rochd Casablanca
Médecin Expert Assermenté

19, Bd. Bordeaux - 1er étage
(en face du Cinéma Verdun)
CASABLANCA

① { 05 22 29 39 71
{ 05 22 20 06 52 Fax
GSM : 06 61 13 51 13

8 032578 474114

Lot:
A consommer de
préférence avant le:

190169
03/2023

PPC: 84,00 DH

الدكتور زغل
اختصاصي في أمراض
طبيب مساعد سابقا بم
المركز الصحي الجا
طبيب خبير

19، شارع بورديو

الدار البيضاء

05 22 29 39 71 } ع ①
05 22 20 06 52 }
06 61 13 51 13

Casablanca, le 9. 7. 19

ABDOU NOUR

84,00
- 1/1000

9,00
- Cristalline

1 m après de celle après

12,00
- P111111

12,80
- Dolep 300

1 0 2 1

LOT: 190007 PER: 02-22
PPV: 9,00DH

سطل

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 149,00 DH
ID: 621873
6 118001 140923

vent
nt

dose/dosis (0.5 ml)
Inj./Inyec.: S.C. / I.M.

de la reconstitution,

de la rougeole vivant atténué (souche Schwarz)/ Virus vivo
≥ 10^{3.0} CCID₅₀/DICC₅₀
s oreillons vivant atténué (souche RIT 4385)/ Virus vivo
≥ 10^{3.7} CCID₅₀/DICC₅₀
virus de la rubéole vivant atténué (souche Wistar BA 27/3)
(/3)
procédé de f

12,80

PPV 120N80
PER 11/19
LOT F2222

79,50 --

Norma w/pot ou 2etal



334,30


HIGHLOULJ
pédiatre
3d. Bordeaux - CASA
Tél: 0522 29 39 71
Fax: 0561 13 51 13


HIGHLOULJ
pédiatre
3d. Bordeaux - CASA
Tél: 0522 29 39 71
Fax: 0561 13 51 13