

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.

Éducation :

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.

Prothésaire :

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° M20- 0009463

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2503 Société : 49280

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : NABIL

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 592894201 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 : 20/11/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des
				<input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>
				<input type="text"/> Montant des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin de <input type="text"/>

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux										
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">H</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>	H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		<input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin de <input type="text"/>
H	G												
25533412	21433552												
00000000	00000000												
00000000	00000000												
35533411	11433553												
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession												

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W17-134471	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<p>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</p>		



W17-134471

DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 2503
Nom & Prénom NABIL RACHIDA		
Fonction : Veuve		Phones:
Mail:		
MEDECIN	Prénom du patient Nabil Rachida	
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Age:		Date:
Nature de la maladie		Date 1ère visite
HTA + Affection ORL		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C	—	1500
PHARMACIE		Date 07/11/20
Montant de la facture		
532.20		
PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM SHAM GUEBBOU Docteur [Signature] 4, Résidence Annaïm - Oulfa Tél: 05 22 89 43 09 - Casablanca		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Date :		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
.....	
AUXILIAIRES MEDICAUX		
Date :		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

Docteur Latifa BOUDAD

الدكتورة لطيفة بوضاض

Médecine Générale
Diplôme U. en Diabétologie
Diplômée de la Faculté de Médecine
de Casablanca

الطب العام
دبلوم جامعي في داء السكري
كلية الطب العام

Casablanca, le : 07 NOV 2020 : في :

Nabil Rachida

105,40 x3

- Ancine plus 100/25 (SV)

25,00 ^{1/17}

- Zotrol 50 (SV)

55,00 ^{1/17}

- Anxil 1g (SV)

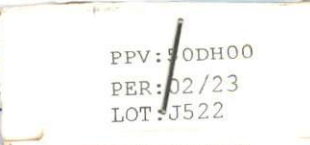
50,00 ^{1/17}

- Curtec (SV)

Lot. Annaïm, Imm A20, App. 3 - El Oulfa - Casabl
Tél : 05 22 91 32 44 - Gsm : 06 66 26 70



PHARMACIE RES
Sidi Moussa
4, Residence
Tél: 05 22 89 43



53,10

- Relaxol

(SV)

32,90
Npt 2/7

- Dogmatil

(SV)

Npt 3/7

T: 532,20

LOT : 19E006
 PER : 09 2022
 RELAXOL 500MG/2MG
 CP B20
 P.P.V : 53DH10
 6 118000 060833

LOT : 19E024
 PER : 07 2022
 Dogmatil 50mg
 20 Gélules
 P.P.V : 32DHe0
 6 118000 061199

Dr Boudia Latta
 Médecin Général
 Lot Annaim Intm, N° 05 22 91 32 44
 CASABLANCA

PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM
 Siham GUERDAOUI
 Docteur en Pharmacie
 4, Residence Annaim - Oulfa
 tél: 05 22 89 43 00 - Casablanca