

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.

Radiologie 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 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- 046546

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) 21625

Matricule : 2104 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HAKIMA LAGOUNI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0658390626 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) :

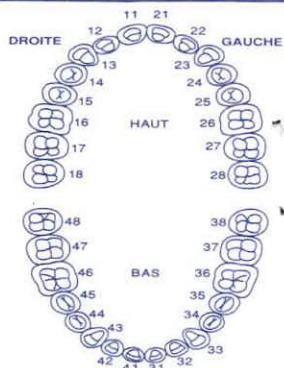
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

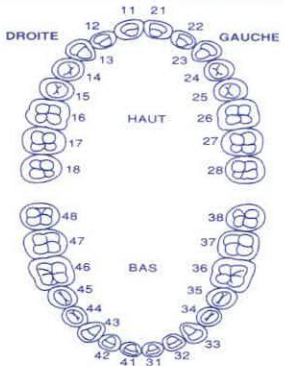
Coefficient
des travaux

Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires



Détermination du coefficient
masticatoire

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient
des travaux

Montant des soins

Date du devis

Fin d'exécution

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT

NOM :

Mle

DECLARATION N° P 14 / 0053142



Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

2007 11/5/20

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 14 / 0053142

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 21.04

Nom & Prénom *Rajoune HAKIMA*

Fonction *Reception*

Phones *06.58.99.06.06*

Mail *06.58.99.06.06*

Signature de
l'adherent

MEDECIN

Prénom du patient *HAKIMA*

Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐ Age

Date *28-11-20*

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 *28/11/2020*

Montant de la facture

145120

PHARMACIE EL KAWTAR
10, Bd. Oued Sebou Ferrara 1
Oulfa - Casablanca
Tel : 022.90.40.50

PHARMACIE EL KAWTAR
10, Bd. Oued Sebou Ferrara 1
Oulfa - Casablanca
Tel : 022.90.40.50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des
Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des
Honoraires

CACHET

ORDONNANCE

Dr. CHAFIK Fouad
MEDICIN EXP
Bd Oued Oum Elraja 39 N° 4 Oulfa
Tél: 0522 151 05

Ona. Le: 28/11/60
Rayawi BAKINA

86.90

1220 90 1165

Cpl 1 j n.

58.30

Aig f

14520

Cx

LOT : 3150
U.T. AV : 05-21
P.P.V : 58 DH 30

20 comprimés orodispersibles
voie orale

LOT N°: 190944
PER : 01-2021
PPV : 86,90 DH

PHARMACIE EL RAWTAR
10, Bd. Oued Sebou Ferrara 1
Oulfa - Casablanca
Tél. : 022.90.40.50

Dr. CHAFIK Fouad
MEDICIN EXP
Bd Oued Oum Elraja 39 N° 4 Oulfa
Tél: 0522 151 05