

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 canalaire, 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 canalaire.

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

La 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° P19-0031518

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : LA4KISSI 04804 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LA4KISSI Abdellah

Date de naissance : 13-01-60

Adresse : Ben Abdellah

Tél. : 0666353691

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/2/23

Nom et prénom du malade : LA4KISSI Abdellah Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie : dent

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 : 28/10/2023

Signature de l'adhérent(e) : LA4KISSI Abdellah

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-031518

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 :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

• VOLET ADHERENT

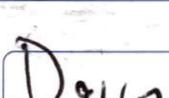
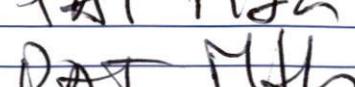
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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 TRAVAUX
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B		
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS
				
				DATE DU DEVIS
Dr. NAAMANE Chirurgien Dentiste Coopératif 92				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
tel: 05 22 51 47 53

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Le 26 février 2020

*Amel et
rapha*

DR. LOUAHLIA MOSTAPHA
ANGLE BD MOHAMED V
BERR, 20000
MAROC

Objet : PRISE EN CHARGE

N/REF : : 20200570003344

Adhérent : LAAKISSI ABDELLAH

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de ABDELLAH LAAKISSI.

Nous vous prions de noter que le restant à charge à régler directement par l'adhérent et que cette prise en charge est valable à concurrence de :

- Part Mutuelle : 2400.00 MAD
- Restant à charge adhérent : 600.00 MAD

Validité de prise en charge : du 26-02-2020 au 26-05-2020.

Pour le règlement de votre facture, nous vous prions de bien vouloir l'adresser jointe au double de la présente à la MUPRAS :

**Centre d'affaire Allal Benabdellah. 49, Angle Rue Allal Benabdellah et Rue Mohammed Fakir
6ème Etage. Casablanca.**

Nous vous remercions d'avance pour l'aide et l'assistance que vous apporterez à ABDELLAH LAAKISSI.

Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de nos sincères salutations.



NOTE AU DESTINATAIRE : La copie de la prise en charge est acceptée pour faire valoir le droit au paiement de la facture.
Le paiement des factures relatives aux P.E.C. est soumis aux conditions suivantes .

- Cette P.E.C. est nominative ne peut être cessible. Nous ne garantissons pas le paiement en cas de substitution du bénéficiaire
- Toute facture doit mentionner la cotation des actes médicaux et doit être accompagnée d'une copie de la présente P.E.C. et des notes d'honoraires des praticiens.
- Toute facture doit être obligatoirement signée par notre adhérent.
- Pour toute analyse ou radio prière de transmettre les résultats et comptes rendus sous plis.
- Toute facture doit être libellée au Nom de la MUPRAS.
- Identifiant fiscal (IF) Et l'identifiant commun de l'entreprise (ICE) doivent être obligatoirement mentionnés sur la facture.
- Relevé d'identité bancaire (RIB) 24 chiffres doit être obligatoirement mentionné ou joint à la facture

ACC

21528



Déclaration de Maladie

N° P19- 0040638

 Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 048041 Société :

 Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : LA AKISSI Abdellah

Date de naissance : 13-01-60

Adresse : Benchida

Tél. : 0666 9536 91 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mostafa LOUAHILA
Médecin Dentiste
Angle Bd Mohamed V et Rue Yacoub
Al Mansour - Berrechid
Tel: 05 22 33 66 41

Date de consultation : 14/02/2020

Nom et prénom du malade : LA AKISSI Abdellah Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Devis prothèse

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 : Casab

Le : 17/02/2020

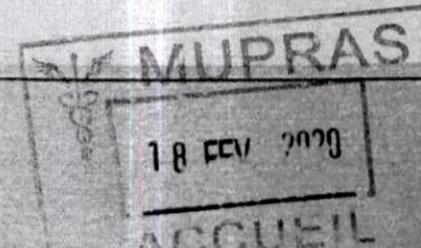
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-040638

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 :

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
			DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
			FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
ODF PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25 5334412</td> <td>21443552</td> </tr> <tr> <td>00 0000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00 0000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35 5334411</td> <td>11443553</td> </tr> </table>			H		25 5334412	21443552	00 0000000	00000000	D	G	00 0000000	00000000	35 5334411	11443553
H															
25 5334412	21443552														
00 0000000	00000000														
D	G														
00 0000000	00000000														
35 5334411	11443553														
	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> D240														
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> 4000														
	DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

Dr. Mostafa LOUAHLIA
Dentiste

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
Anouar Bd Mohamed V 1000
Al Mansour - Berrechid
Tél: 05 22 33 66 11

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION