

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- 0045765

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 560 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ABAKIL HAFID

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) : ACCUEIL

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

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT NOM : ABAKIL HAFED Mle 0560

DECLARATION N° P 14/0025508



Date de Dépôt Montant engagé Nbre de pièces Jointes

387,80

2

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

Cachet
MUPRAS



P 14 / 25508

DATE DE DEPOT
/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 0560

Nom & Prénom ABAKIL HAFED

Fonction _____ Phones 0523335248

Mail _____

Signature de l'adhérent

MEDECIN

Prénom du patient Abakil Hafed

Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐ Age 1/07/1943

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

1/81P

2

387,80

PHARMACIE

Date 01/08/19

Montant de la facture

387,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date _____

Nombre
AM PC IM IV

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

Lot N° :

PER :

Prix :

16120205

02/2020

190.00DHS

SPECIALISTE

Maladies des Os

Des Articulations - RHUMATISMES

47, Bd. Rahal El Meskini - Casablanca
Tél.: C : 05 22 31 99 22 Sur Rendez-vous

GSM : 06 50 92 64 73

wafaabenjelloun09@hotmail.com

Horaire :

Lundi à Jeudi : de 9h à 16h

Samedi : 8h30 à 12h

Casablanca, le

الدكتورة بن جلون العريشي وفاء

خريجة كلية الطب بأغبي

اختصاصية في أمراض العظام
والمفاصل وأمراض الرثي (روماتزم)

47. شارع رجال المسكيني - الدار البيضاء

الهاتف : ع 22 31 99 22 - بالموعد

الهاتف : 06 50 92 64 73

wafaabenjelloun09@hotmail.com

التوقيت

الإثنين إلى الخميس من س 9 إلى 16 زوالا

السبت من س 8:30 إلى 12 زوالا

الدار البيضاء، في

22/11/20

N°

Asakir Haffed.

19010

1/ Relief

2 x 51,40

2/ Duvib X

95,00

3122P

387,80

PPV : 51,40 DH

PPV : 51,40 DH

IPP®

Omeprazole 20 mg
Boîte de 28 gélules

PPV : 95,00 DH

6 118000 191049

Dr Maria MAFTOUH
Pharmacien Responsable