

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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 caractére 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

 Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 34000 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HJ VEJ ANDAL Leussi

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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-039462

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 :

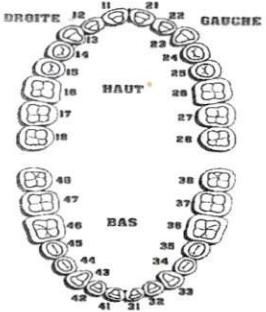
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

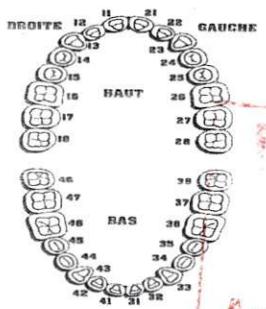
Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES



O.D.F. Prothèses dentaires



Détermination du coefficient masticatoire

	H	G
D	25533412 00000000	21433552 00000000
	00000000	00000000
	35533411	11433553

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

30 SEP. 2019

Accueil stage/Ram



W18-378482

DATE DE DEPOT

31/08/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme 35/00

Nom & Prénom HJYED ANDALOUSSI

Fonction : CD3 Phone : 066118054

Mail : hbjyed@gmail.com

MEDECIN

Prénom du patient ITHMANE

Adhérent Conjoint Enfant Age 17 Ans Date 29 AOUT 2019

Nature de la maladie Dermose

Date 1ère visite

Coefficient des travaux

Montant des soins

Date du devis

Fin de

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
CS -		300,-

PHARMACIE Date 28/08/19

Montant de la facture

189,-

Docteur Imane MARZOUKI
Dermatologue - Vénérologue
Dermatologie - Pathologie Cutanée
N° 4 Mendoubia Ain Chok - Casablanca
Tél : 05 22 87 58 43

PHARMACIE JNAINE CALIFORNIA
10 Place FALAH YOUSSEF
JNAINE CALIFORNIA Résidence
TEL : 05 22 87 11 12 CASA

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

FAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre			Montant détaillé des Honoraires
PC	IM	IV	

Docteur Imane MARKOUCH

Dermatologue - Vénérologue

Diplômée de l'UFR Pierre et Marie Curie-Paris VI

Ancienne interne des hôpitaux de Paris

الدكتورة إيمان مركوش

اختصاصية في أمراض الجلد والتناسل

خريجة كلية بيبر و ماري كوري باريس 6

طبيبة مستشفيات باريس سابقا

Casablanca le :

28/08/2019

Enfant HJIYEJ ANDALOUSSI OTHMANE

29,00

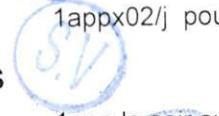
CYTEAL SAVON



1appx02/j pour laver les mains

49,00

TRIOFILM VERNIS



1app le soir sur les verrues protéger la peau avec sparadrap

185,00⁶

NITRICUM ACIDUM 9CH



5 granules le matin x03mois

189,00

Dr. Imane MARKO
Dermatologue - Vénérologue
Dermatologue Esthétique Cosmétologue
224, Rue 14 Mandarouna Ain Chock - Casablanca
Tél : 05 22 87 58 43



PHARMACIE JNANE CALIFORNIE
Dr FAUAH YOUSSEF
JNANE CALIFORNIE RAS LIMA
Tél : 05 22 87 11 12 CASA