

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.

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.

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.



Déclaration de Maladie

N° P19- 049108

ND : 30 893

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1085 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :


Nom & Prénom :

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 : 30/06/2023

Signature de l'adhérent(e) : 

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

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		Coefficient des travaux											
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000100</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000100	00000000	00000000	35533411	11433553	Montant des soins	
	H													
	25533412	21433552												
	00000000	00000100												
00000000	00000000													
35533411	11433553													
(Création, Remont, adjonction)		Date du devis												
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Fin de l'exécution												

Signature et cachet du praticien

VOLET ADHERENT		NOM	Mle
DECLARATION N°	W14-019192		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces jointes	
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			



W14-019192

DATE DE DEPOT

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 1085	Signature et cachet de l'adherent
Nom & Prénom		BENSOUDA OMAR	
Fonction	Retraité	Phones 0649672770	
eMail			
MEDECIN		Prénom du patient Bensouda Omar	
Adhérent	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
Dysurie			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Non			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
G		G	
PHARMACIE		Date 25/06/2020	
Montant de la facture		Signature et cachet du Pharmacien	
364,20			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date 23/09/20	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
	1		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
		364,00	

CENTRE DE DIALYSE
ET DES MALADIES DU REIN
GUICH OUDAYA



مركز تصفية الدم
وأفراض الكلي
غيش الأوداية

Dr. Laila BENABDALLAH
الدكتورة ليلى بنعبدالله

Néphrologue
طبيبة أمراض الكلي

Dr. Meryem Houde GUERRAOUI
الدكتورة مريم هدي غراوي

Néphrologue
طبيبة أمراض الكلي

Temara le 25/6/2020

Dr. Meryem Houde GUERRAOUI
Néphrologue
Centre de Dialyse et des Maladies
du Rein Guich Oudaya
Tél : 05 37 56 27 27
INP : 091090910

Mr Bensouda Omar

121,40 x 3
Umax

200 l/j

Ouhâte

364, 20

Dr. Meryem Houde GUERRAOUI
Néphrologue
Centre de Dialyse et des Maladies
du Rein Guich Oudaya
Tél : 05 37 56 27 27
INP : 091090910

Pharmacie PRINTEMPS
LARAKI ALI
Res. Tilal N° 3 Mimosa Mansouria
GSM: 06 64 86 16 74
Tél: 05 23 33 09 54



101101274



100052041



091090910

LOT 191317
EXP 04/2021
PPV 121.40DH

LOT 190502
EXP 12/2020
PPV 121.40DH

41.70