

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.

Diagnostique 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 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- 063964

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2008 Société : 34361

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.60.25.18.60 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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 : 28 / 07 / 2020

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.

Veillez fournir une facture

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

Visa et cachet du praticien attestant le devis

Visa et cachet du praticien attestant l'exécution

VOLET ADHERENT	NOM: <u>EDDOUX B.</u>	Mle <u>2008</u>
DECLARATION N°	<u>W18-376326</u>	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<u>13/7/2020</u>	<u>303,30</u>	<u>2</u>
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		



W18-376326

PPV: 50DH0
PER: 02/23
LOT: J523

DATE DE DEPOT

13/07/2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	Mle <u>2008</u>	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom	<u>EDDOUX Bouchaib</u>	Signature de l'adhérent
Fonction: <u>Retraité</u>	Phones: <u>06 60 25 18 60</u>	
Mail		

MEDECIN	Prénom du patient	<u>D^r EDDOUX Bouchaib</u>
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date
Nature de la maladie	<u>affectif cardiaque</u>	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Date 1ère visite

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>C</u>		<u>110,00</u>

PHARMACIE	Date	<u>11/7/20</u>
Montant de la facture	<u>15330</u>	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES	Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
	CACHET	

AUXILIAIRES MEDICAUX	Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV
		<u>303,30</u>
		CACHET

ESOMYK® 15

PPV 50DH00

LOT: 20E012
PER: 12 2021

LOCAPRED 0,1%
CREME T15G

P.P.V: 160H60



Dr. Imrane MOUATASSIM
MEDECIN AGREE
par le Ministère de la Santé
Viste Médical, Formis de coéluire
710, BD. Oudjda, Doha-Casablanca
INPE: 911 68674

PHARMACIE NOUR AL MOUL
Lot. yassine lot. 55 n° 2 Lissasfa Casablanca
RC: 348266 - IF: 0883000
Patente: 36215100

LOT: 08020013
PER: 03/2025
PPU: 36,70 DH
Topique

MOUATASSIM

Médecin Urgentiste

Visite à domicile

Assistance médicale 24h/24h et 7j/7j

Transport médicalisé

Echographie

ECG



710, Bd Oued Sabou
Angle terminus 35 - EL ALIA
Tél: 05 22 90 33 27
06 42 41 41 37
drimrane@gmail.com

Casablanca, le... 07.07.2020 ...في الدار البيضاء،

M^r EDDOUK Boucharb

50-

1/ Curbioing

1 p / J

le soir 10 jours

3670

2/ Mycoderm cream

1 App

2 / J

50-

3/ E somyle 100g (boite 4)

2 gel / semaine 7 jours

1660

4/ Locaprest cream

1 App / J le soir

15330

Dr. Imrane MOUATASSIM
MÉDECIN URGENTISTE
Par le Ministère de la Santé
Visite Médicale - Permis de conduire
710,50 Oued Sabou Casablanca

Mardi

14.07.2020

11h30 contrôle.

Dr. Imrane MO'LATASSIM
MEDECIN A. R. E. E.
par le Ministère de la Santé
Visite Médicale des candidats à la concurrence
710, BD. Oued el Djouf, Casablanca
Tel: 77777777