

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

Informations 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.

Educations :

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.

Prothèses :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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° P19-0030409.

ND: 46681

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00739 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUJRAIDA Ahmed

Date de naissance : 01.01.1942

Adresse : Salma 2 rue 1 17725 ANI CAS

Tél. : 0666349269 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Agé :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : [voir déclaration de maladie chronique]

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 : CAS

Le : 14/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :


(Signature)

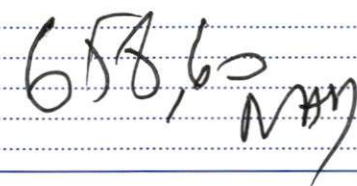
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 Coefficients Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

RELEVÉ DES FRAIS ET

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué

Important :

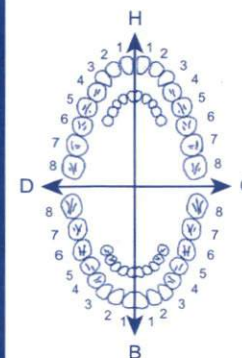
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

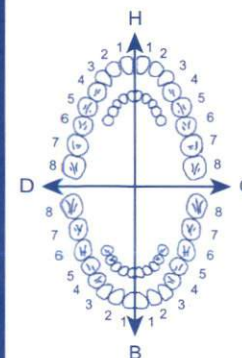
Coef



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D G
00000000 00000000
35533411 11433553
B



(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CAC

LOT : 202008
PER: 10 2021

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80



T LE D

LOT : 202008
PER: 10 2021

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80



UT.AV : 03 2023
LOT N°: 1 888 26

UT.AV : 03 2023
LOT N°: 1 888 26

UT.AV :
LOT N°:

UT.AV :
LOT N°:

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

SECTRAL 200 MG
CP PEL B20
P.P.V : 37DH80
LOT : 9MA011V
PER: 12 2021
6 118000 060154

DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

DU PRAT

SECTRAL 200 MG
CP PEL B20
P.P.V : 37DH80
LOT : 9MA011V
PER: 12 2021
6 118000 060154

RELEVÉ DES FRAIS ET

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratique

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de

UT.AV : 03 0023 P.P.V. 89 / 20
LOT N° : 1 88826 89/20

UT.AV : 03 0023 P.P.V. 89 / 20
LOT N° : 1 88826 89/20

UT.AV : 03 0023 P.P.V. 89 / 20
LOT N° : 1 88826 89/20

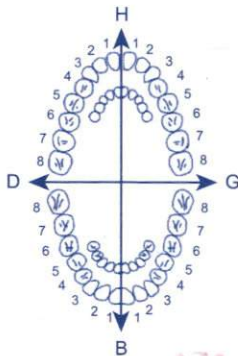
UT.AV : 11 022 P.P.V. 136 / 60
LOT N° : 1 2 3 4 5 136/60

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coeff



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

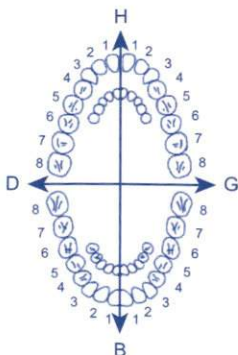
COEFFICIENT DES TRAVAUX

LOT : 9MA011V
PER: 12 2021

DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

DU PRA



VISA ET CAC

LOT : 20E008
PER: 10 2021

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80

T LED

LOT : 20E008
PER: 10 2021

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80

LOT : 9MA011V
PER: 12 2021

LOT : 9MA011V
PER: 12 2021

SECTRAL 200 MG
CP PEL B20
P.P.V : 37DH80

LOT : 9MA011V
PER: 12 2021

SECTRAL 200 MG
CP PEL B20
P.P.V : 37DH80

LOT : 9MA011V
PER: 12 2021

SECTRAL 200 MG
CP PEL B20
P.P.V : 37DH80

LOT : 9MA011V
PER: 12 2021

SECTRAL 200 MG
CP PEL B20
P.P.V : 37DH80

LOT : 9MA011V
PER: 12 2021

Voir déclaration sur 7 élastique chronique)

Tél: 05 22 38 36 84

Casablanca

Rue 1 N°116 Salmia II Sbat

PHARMACIE BELLOUCH

Ona

Le 14.10.20

Facture N°

21

BoujADA Ahmed

Quantité	désignation	Prix	Montant
3	Amor 5/30	89,20	267,60
1	Amor 5/60	136,60	136,60
1	Sectul 200 y	3780	3780
3	Apéric 100	2180	6540
		65760	MM
ICE: 00 16376....19			

092014547

Tél: 05 22 38 36 84

Casablanca

Rue 1 N°116 Salmia II Sbat

PHARMACIE BELLOUCH