

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Ordonnance :

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.

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

La 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° M20- 0002827

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1875 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : OUA KHACHA - SANAA

Date de naissance : 15/03/1966

Adresse : HAY AL WALAA TR Se 1 1 IN 1 AP 124 Sidi Ma

Tél : 06 67624460 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

SOINS ET PROTHÈSES 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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			Montant des soins
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis																	
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de																	

Vign. de cachet du praticien

Vign. de cachet du praticien

VOLET ADHERENT

NOM :

Mle

DECLARATION N°

W18-349075

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



W18-349075

DATE DE DEPOT

...../...../201...

1875

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 1875

Nom & Prénom **OUAKHACHATI SANAA**

Fonction **VENUE CHOUAF** Phones **06 67 67 44 60**

Mail

MEDECIN

Prénom du patient **OUAKHACHATI SANAA**

Adhérent ☐

Conjoint ☐

Enfant ☒

Age

Date

26/10/2020

Nature de la maladie

Date 1ère visite

aff Tube digestif

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

C

1

120,00

PHARMACIE

Date **26/10/2020**

Montant de la facture

165,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

CACHET

Docteur Mustapha Khalil

14, Avenue du Nil, Mabrouka

CAB. Fax : 0522 37 12 80
Tél: DOM. : 0522 98 34 14
URGENCE : 0663 09 41 09

الدكتور مصطفى خليل


14, شارع النيل - مبروكة

عيادة - فاكس : 0522 37 12 80
منزل : 0522 98 34 14
مستعجلات : 0663 09 41 09

Casablanca, le 26.10.2020

N^{me} Ouakchachi SAHRA

20.40


- GASTRO JEL SOL 
1cc il à soupe après 3 repas

(30.50) x 3

- Lemo dium N°3 

1cp matin + midi + 16h + 1cp après selles

(12.00) x 2

- Noovo gastro L N°3 

1cp après 3 repas

30.50

- ALcool à 70° spray

soin de la plaie 3 fois

165.90


Docteur Mustapha Khalil
14, Avenue du Nil, Mabrouka
Casablanca
Tél: 0522 37 12 80
0522 98 34 14
URGENCE: 0663 09 41 09


PHARMACIE SALIMA
DE L'HOPITAL NORD
Casablanca - Tél: 05 22 70 08 17



gastrogel

Suspension flacon de 250 ml
P.P.V. : 20,40 DH



6 118000 190448



LOT : 206010
PER : 02/2025
IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél
P.P.V. : 30DH50



6 118000 010845

LOT : 8MA044
PER : 05/2023
IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél
P.P.V. : 30DH50



6 118000 010845

LOT : 206008
PER : 12/2024
IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél
P.P.V. : 30DH50



6 118000 010845

NORMOGASTRYL

LOT 98055 6
EXP 09/2023
PPV 12DH00

NORMOGASTRYL

LOT 02042 5
EXP 03/2024
PPV 12DH00



6 117050 213480

PPC

30,00 DH

LOT

3010947

EXP

09/2024