

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.

Radiologie 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.

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° W19-591285

ND: 52176

Maladie Dentaire Optique Autres

Matricule : M178 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Bouakeb ALI

Date de naissance : 12.09.68

Adresse : Bd Abdellatif Ben Kaddour

Tél. : 066 278 64 40 Total des frais engagés : 329.20 Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Lien de parenté :	
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 : 7/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie N° W19-591285	
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 :	

RELEVE 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
12/12/19	Ch	1	2000	 Dr. Kabbaj Ben Chafa Médecin généraliste 66, Rue d'Alger 16000 Algiers

EXECUTION DES ORDONNANCES

Champ du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARACARIA Pharmacien Salam Casablanca 0361305105 0239615	16/02/20	379.20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
					DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>										
					FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>										
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
		<p>H</p> <table border="1"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> <p>B</p> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553
25533412	21433552														
00000000	00000000														
D	G														
00000000	00000000														
35533411	11433553														
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
		DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>													

PPV: 103,60 DH
LOT: 623597
PER: 08/21

الشريف نفيسة

ب بالرباط

شـام

المحاكـم

Maphar
Km 10, Route Côtier 111.
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca

Ketoderm 2% gel b8 sachet

P.P.V : 84,20 DH

6 118001 181490

Nom : BANTHLBB Ali

Casablanca, le : 16/12/2020

1036⁰) Anemal 19
19nd. Etat - alg (S)

45309) Verduini et
X2

5542
31) Surfou et

2270
4) Baytakhe et
X7

8420 191 d. Etat

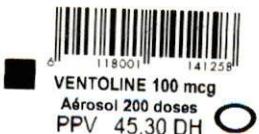
5) Ketoderm
37820 191 / 2cc

PHARMACIE ARAUCARIA
Hicham TALI Pharmaciens
42, Rue d'Ifrane, Hay Salam
Tel: 05 22 36 13 86 / 46 22 46 46
S V

Face au Marché 28/07
66, Rue d'Annam
Medicine Generale
DR BARAKAT BNI CHRIE Noureddine

S V

GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat



SURGAM 200MG
CP SEC B20
P.P.V : 55DH40



GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat



LOT : 22/70
PER :
PPV :



LOT : 22/70
PER :
PPV :