

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

M23-003597

168004

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7743

Société : P.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : CHRAIBI SAAD

Date de naissance : 22/7/1949

Adresse : Résidence OCEAN PALM 8. APP 3

DAR BOUARZA CASABLANCA

Tél. : 06 61 10 24 84

Total des frais engagés : 976,00 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 :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : CASABLANCA

Le : 21/6/23

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature de FIRST CLASS MEDICAL	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
65, Rue Abou Bakr Mohamed Ibnou Zahi Quartier des banlieus - Casablanca 05 22 474 251 - 0522 474 762 contact@firstclassmedicale.ma	27/10/2023					273.000 Dhs

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
	D	00000000	G	00000000
	B	35533411		
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



FIRST CLASS MEDICAL

Matériel médicale
65 Rue Abou Bakr Mohamed Ibno Zahr
Quartier des Hôpitaux
Casablanca

Facture

Numéro	Date
FAC232642	21/06/23
Code Client	
CCLTCMPT0	
Représentant	

MMR CHRAIBI SAAD

Référence	Désignation	Qté	P.U. T.T.C.	Remise	Net T.T.C.	Montant T.T.C.	% TVA
COL1038	POCH COLO/ILEO SENSURA 2 PIECES 70 MM..	15	30,00		30,00	450,00	20%
COL1004	SUPPORT COLO/ILEO SENSURA 70 MM..	15	35,00		35,00	525,00	20%

Code	Base	Taux	Montant TVA
C020	812,50	20%	162,50
Total	812,50		162,50

Arrêté la présente facture à la somme de :

Neuf cent soixante quinze Dirham(s)



FIRST CLASS MEDICAL
65, Rue Abou Bakr Mohamed Ibou Zah
Quartier des Hôpitaux Casablanca
05 22 474 751 - 0522 474 782
contact@firstclassmedical.ma

Total HT	812,50
Total TVA	162,50
Total TTC	975,00

Téléphone : 0522 47 47 82

Télécopie : 0522 47 47 51

E-Mail : firstclassmedical7@gmail.com

Capital : 100 000,00

Banque Attijari Wafa Bank Agence Casa Hassan Sghir RI 007 780 0003638000000 400 73

Taxe Professionnelle : 36332161

N° Identifiant Fiscale : 40270663

Registre de commerce : 191005

C.N.S.S. : 7962196

I.C.E. : 000102204000045

Site :