

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

W21-836411

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8986 Société : R.A.M.
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MACHHOUR Hicham - Amine
 Date de naissance : 22-02-1970
 Adresse : SUTAS BP 1495 Inara 2 n°8 n°1 cnsa 194989
 Tél. : 0661445181 Total des frais engagés : 200,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. DAOUDI El Mostafa
 Orthopédiste Traumatologue
 Clinique Les Oliviers
 INPE : 09104987
 Date de consultation : 15/02/2024
 Nom et prénom du malade : CHAÏB Rachid Age : 46
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Luxe à l'épaule gauche
 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 : 14/02/2024
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

PRAFR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019


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
25/01/24	C ₂		Hm 150	
			FC 500	

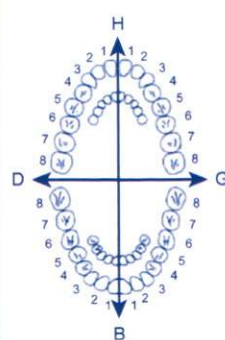
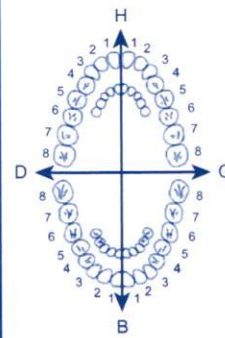
[illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan  à l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	<div style="text-align: right;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="text-align: right;">MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="text-align: right;">DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="text-align: right;">FIN D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>	
						
<div style="text-align: center;"> O.D.F PROTHESES DENTAIRES </div> 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				<div style="text-align: right;">CCEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="text-align: right;">MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="text-align: right;">DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="text-align: right;">DATE DE L'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>	
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>					
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					Montant des Honoraires

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan à l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX
<p>The diagram shows a dental arch with teeth numbered 1 through 8 on each side. The top arch is labeled 'H' at the front and 'D' on the left. The bottom arch is labeled 'B' at the front and 'G' on the right.</p>					
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE LES OLIVIERS

N° 103 , QUARTIER LAGNANET
TEL : 05.23.40.20.40/41/61 FAX : 05.23.40.20.60

F A C T U R E

N° 1.298 / 2024 du 25/01/2024

Nom patient	NAJIB FOUZIA	Entrée 25/01/2024	Sortie 25/01/2024
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
FRAIS CLINIQUE	1,00		50,00	50,00
			Sous-Total	50,00
Total Frais Clinique				50,00
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. DAOUDI (traumatologue)	1,00		150,00	150,00
			Sous-Total	150,00
Total prestations externes				150,00

	Total général	200,00
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENTS DIRHAMS		

Encaissements	Espèces 200,00				Total encaissé 200,00	Solde 0,00
---------------	-------------------	--	--	--	--------------------------	---------------

CLINIQUE LES OLIVIERS
Service des Consultations
INPE: 060061942
ICE: 001665330000052