

# 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.

## Pathologie 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.

## Éducation :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

N° P19-

046970

ND: 50992

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4916

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MAX BOU - Nestor

Date de naissance :

4/1/59

Adresse :

104, Bd Yacoub El Mansour - APP 10

Etage : 4 - CASA

Tél. : 0661417304

Total des frais engagés :

852,20

Dhs

Cadre réservé au Médecin

D. EL KARDI Mohamed

Médecin Psychiatre  
Clinique villa des lilas  
Bd. De l'Oasis - Casablanca  
Tél: +212 522 77 66 66  
Fax : +212 522 25 52 00

Cachet du médecin :

Date de consultation :

19/11/2020

Nom et prénom du malade :

MAX BOU

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Alzheimer

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 :

CKSA

Le : 10/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :





### 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
19/11/20			80 3800	<i>DR. HASSAN ALI</i>
				<i>DR. HASSAN ALI</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
082 056 753	19/11/20	452,20

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

#### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le devis de

LOT : KEO  
PER : DEC  
PPV : 91

LOT : 005  
PER : JUN 2  
PPV : 205 D

CŒFFICIENT DES TF

USTRIES LIMITED  
Sirmour,  
25, Inde.

MONTA DROC CO LLC  
25 Casablanca.  
CODE No: HP/D

PPV: 15

DEBUT D'EXECUTION

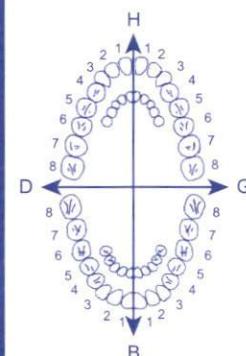
FIN D'EXECUTION

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

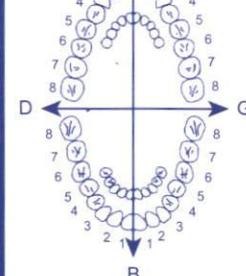
DATE DE L'EXECUTION



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

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



[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

# RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

LOT : KE00011  
PER : DEC 2021  
PPV : 91 DH 00

LOT : 005  
PER : JUN 2021  
PPV : 205 DH 00

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

INDUSTRIES LIMITED  
Sirmour,  
025, Inde.

MONTAJOOROCCO LLC  
0 Casablanca.

CODE No. : HP/DRUGS/MNB/95/2

PPV : 156 DH 20

## DEBUT D'EXECUTION

## FIN D'EXECUTION

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

## DATE DU DEVIS

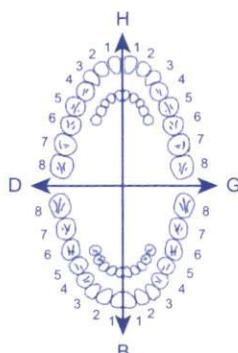
## DATE DE L'EXECUTION

## SOINS DENTAIRES

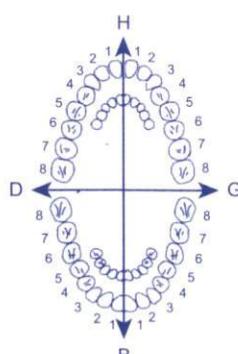
## Dents Traitées

## Nature des Soins

## Coefficient



## 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 CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le

19/01/2020

MDK bony

Thmane

31.01

Salma



156.20

Romayl



Pharmacie Univers Sainte  
Hicham SIDI EL OULEI  
116, Rue Jileli El Oulei  
Tel: 05 22 98 09 16 - C

MDK, Ph, 5



205.00

A - 0

452.20

17/01/2020