

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.

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.

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.

Prothèse :

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 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° P19- 0040168

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4916 Société : Retraité
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MAKBOL Mostafa
Date de naissance : 4/1/59
Adresse : 104, Bd YACOUB EL MOUSSA
Tél. : 0661417304 Total des frais engagés : 4635,10 Dhs


Cadre réservé au Médecin : Dr. KARIM Mohamed

Cachet du médecin :
Médecin Psychiatre
5, Rue Gallien Quartier des Hôpitaux
Casablanca. Tel: 05 22 22 57 40
Date de consultation : 23/11/2019
Nom et prénom du malade : M. MAKBOL Mostafa
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : en psychiatrie
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 : CASA Le : 24/11/2020
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
5. Ru. Casablanca	20/11/19	3	2000m	5. Ru. Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	23 12 19	136200 2319 1385110

[illegible][illegible]

RELEVÉ 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 canaux, et	

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, à

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

30 قرصا

LOT: 005
PER: NOV 2020
PPV: 400 DH 00

30 قرصا

LOT: 005
PER: NOV 2020
PPV: 400 DH 00

PPV: 281 DH00

CODE No: HP/DRUGS/MIN/95/2

PPV: 281 DH00

CODE No: HP/DRUGS/MIN/95/2

23,10
PPV

UT-AV

LOT N°:

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
3/12/19	3	288M	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/12/19	136200
	19	138510

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ 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 canaux, a

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <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> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mohamed El Kardi

Spécialiste des Maladies
Psychiques

الدكتور محمد الكردي

أخصائي في الأمراض النفسية

Casablanca, le : 23/12/19

MAK Bani Mhaman

4900,00 x2

① Abil, PH, n°

28100,00 x2

① Rany n°

my chne n°

on Zants n°

① Rany n°

n° 129829

n° 123838

n° 123838

n° 123838

Rendez-vous le :

5, إقامة سمية حي المستشفيات زنقة سمية (كاليان سابقا أمام طاكسيات بوسكورة) الطابق الأول الرقم 3 - الدار البيضاء

5, Résidence Soumaya, Quartier des Hôpitaux, Rue Soumaya (Ex. Gallien en face Taxi Bouskoura) 1^{er} étage N°3 - Casablanca

1362,00

Tel. 05 22 22 57 40

الهاتف 1385,10