

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.

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 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

Nº P19- 0040168

ND 14854

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4916 Société : Retraité

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MAIEBOUL N. OSTERF

Date de naissance : 4/11/59

Adresse : 104, 13^e Yannours EL Mansour

Tél. : 06.614.173.04 Total des frais engagés : 1635,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : M. KARDI Mohamed
Docteur Psychiatre
5, Rue Galien Quartier des Hôpitaux
Casablanca. Tel: 05 22 22 57 40

Date de consultation : 23/11/2019

Nom et prénom du malade : M. McDONALD Age : 74 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Etat psychologique

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]

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
20/12/19	G	2000m		DRU VALLEN

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LAABOUDI Se	23/12/19	136200

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire,

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
DEBUT D'EXECUTION				
FIN D'EXECUTION				
COEFFICIENT DES TRAVAUX				
MONTANTS DES SOINS				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

H	G
25533412 00000000	21433552 00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
25533412 00000000	21433552 00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[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

LOT : 000
PER : NOV
PPV : 400

LOT : 005
PER : NOV
PPV : 400

PPV:

CODE No.: HPID

PPV: 200

CODE No.: HPID

RELEVE 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	5	2080M		

EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture	Montant des Honoraires
	23/12/19	136200	1385.10

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

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

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, a				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412	21433552	
	D	00000000	00000000	
	B	00000000	00000000	
	G	35533411	11433553	
	(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				

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

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

PPV: 281 DH00
CODE No: HP/DRUGS/MN/95/2

PPV: 281 DH00
CODE No: HP/DRUGS/MN/95/2

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

23,10

P.P.V.

UT AV.

LOT N°:

Casablanca, le : الدار البيضاء، في :

23/12/19

092024256

Makhlouf Noman

400,- k2

Dr Alif, Dr, SV

18100,- k2

Ramzy

El Soussi

Xants

23/12/19

Rendez-vous le

N° 129829 1
PHARMACIE EL HILAL
LAIBOUDI Selwa
Plataux - Casablanca
Tel. 05 22 25 57 40

n: 923835 h bsd

PHARMACIE EL HILAL
LAIBOUDI Selwa

Plataux - Casablanca
Tel. 05 22 25 57 40

PHARMACIE EL HILAL
LAIBOUDI Selwa

Plataux - Casablanca
Tel. 05 22 25 57 40

PHARMACIE EL HILAL
LAIBOUDI Selwa

Plataux - Casablanca
Tel. 05 22 25 57 40

PHARMACIE EL HILAL
LAIBOUDI Selwa

Plataux - Casablanca
Tel. 05 22 25 57 40

5، إقامة سمية حي المستشفى، زقة سمية (كاليان سابقاً أمام طاكسيات بوسكورا) الطابق الأول الرقم 3 - الدار البيضاء

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

1362,00-

Tel. 05 22 25 57 40

الهاتف : 1385,10