

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.

Diagnostique 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.

Maladie chronique :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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- 0038178

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03532 Société : NOSTAL
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : NOORI NOSTAL
Date de naissance : 10-08-1955
Adresse : DAN CHATOIN R C 007 - ALGER
Tél. : 0661886244 Total des frais engagés : 1500,00 Dhs

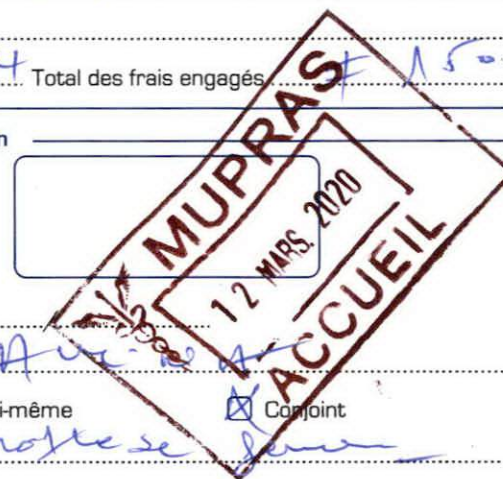
Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : ALGER Age : 1955
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : prothèse dentaire
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 : ALGER 12/03/2020 Le : / /
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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AM PC IM IV

CENTRE KHE MED
SALAH HANANE
180/184 Bd. Tachak Lot. SAMIA
ANNEXE CASABLANCA
Tél. 0662 30 50 72

10/05/2020

10 (AMMB+IR)

PU 150,00 DH

TOTAL 1500,00 DH

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

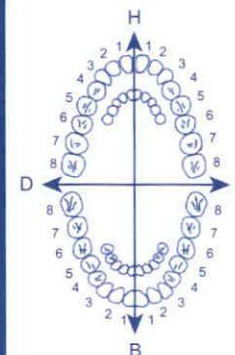
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

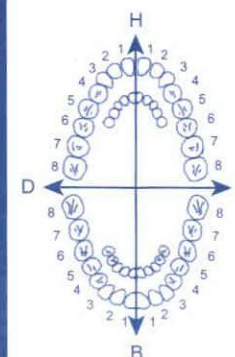
COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

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

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le : 09.12.18 في الدار البيضاء، في

Examination de -

Prothèse totale de la dent

de la dent

de la dent

CENTRE KINE MED
SALAM HANANE
T801184 Bd. Techno Lot. SAMIA
AIN CHOK CASABLANCA
Tel.: 0662 30 50 72

CENTRE KINEMED

Kine
med

FACTURE N° : K2020057

BOUKIDDOUSS AMINA

Code Client : 000413

Casablanca le, 10/03/2020

Code Article	Désignation	Qté	P.U.	Montant
	DEVIS POUR DES SEANCES DE REEDUCATION			
	SOUS PRESCRIPTION DU DR			
	DR .KARIM AHED			
	UN ACTE COTE A LA NOMENCLATURE			
	AMM9= 150 DH			
	UNE SERIE D'ACTES COTES A LA			
	(AMM9+IR)	10.00	150.00	1 500.00
	DU 22/01/2020			
	AU 10/03/2020			
	CENTRE KINE MED SALAM HANANE 180/184 Bd. Techka Lot. SAMIA AIN CHOK CASABLANCA Tél. 0662 30 50 72			

TOTAL

1 500.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :
MILLE CINQ CENTS DH.

Séance	Jour	Date	Heures	Type séance
1 ^{ème}		22/1/2020		
2 ^{ème}		24/1/2020		
3 ^{ème}		28/1/2020		
4 ^{ème}		3/2/2020		
5 ^{ème}		6/2/2020		
6 ^{ème}		12/2/2020		
7 ^{ème}		24/2/2020		
8 ^{ème}		27/2/2020		
9 ^{ème}		3/3/2020		
10 ^{ème}		10/3/2020		

CENTRE KINE MED
 SALAM HANNINE
 180/184 Bd. Techna Lot. SAMIA
 AIN CHOK CASABLANCA
 Tél.. 0662 30 50 72

Séance	Jour	Date	Heures	Type séance
11 ^{ème}				
12 ^{ème}				
13 ^{ème}				
14 ^{ème}				
15 ^{ème}				
16 ^{ème}				
17 ^{ème}				
18 ^{ème}				
19 ^{ème}				
20 ^{ème}				