

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.

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.

Maladie chronique :

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 ALP :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

déclaration : 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° M20- 0009487

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03097 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HAIDA DRISS

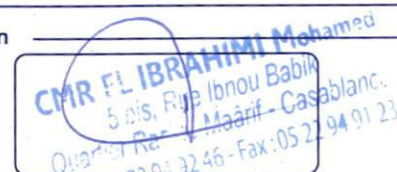
Date de naissance : 01/07/1951

Adresse : LOT WAFAA ANY NR 785 DEROUA
BERRCHID

Tél. : 06 77 43 78 42 Total des frais engagés : 3 300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18/06/21

Nom et prénom du malade : HIDA DRISS

Age : 70 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : affection chronique

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 : 18/06/21

Signature de l'adhérent(e) :

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
18-6-11	4		5	 <p>CMR EL IBRAHIMI Mohamed 5 bis, Rue Ibnou Babik Quartier Racine Maarif - Casablanca Tel: 05 22 94 92 46 - Fax: 05 22 94 91 23</p>

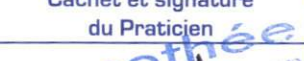
EXECUTION DES ORDONNANCES

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

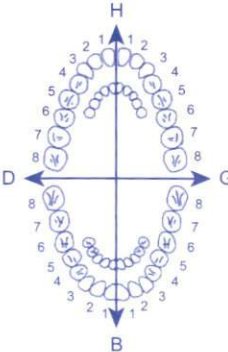
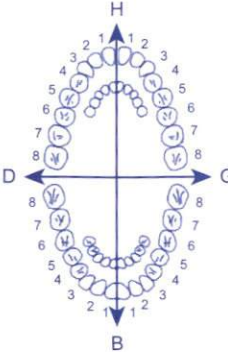
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
 Leucothée SP 64, Rue Norman Angle Rue Abou Mousa El 2ème Etage Casablanca - Tél: 05 22 94 92 46 RC: 137201 - IF: 1102	Du 18/6/21 au 18/8/21	Localien Uni				3300

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 l'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
				MONTANTS DES SOINS	
				DEBUT D'EXECUTION	
				FIN D'EXECUTION	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE				
	<div><div>H</div><div><div>25533412</div><div>00000000</div></div><div>D</div><div><div>00000000</div><div>35533411</div></div><div>B</div><div><div>21433552</div><div>00000000</div></div><div>G</div><div><div>00000000</div><div>11433553</div></div></div>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
	<div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>			MONTANTS DES SOINS	
				DATE DU DEVIS	
				DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Casablanca, le 18.6.21

M. HAIDA DRISS
Né le : 01/01/1951
QLC21F15151516

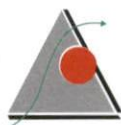
NZ HAIDA DRISS

- Lachay 21-70-50-50
N N I 4 3 0 2 5

- Adulte 50 ans 70-50-50
N N I


Dr. EL IBRAHIMI Mohamed
5 bis, Rue Ibnou Bazik
Quartier Racine Maarif - Casablanca
Tél.: 05 22 94 92 46 - Fax: 05 22 94 91 23

Leucothée SARL
64, Rue Normandie
Angle Rue Moussa El Oualili
2ème Etage Casablanca - Tél.: 05 22 22 60 10
RC : 137201 - IF : 1102001



Home Air Maroc
Leucothée

FACTURE N°: 5606/2021

ICE: 000028045000064

Date début : 18/06/2021

Date fin : 18/07/2021

Mr HAIDA DRISS
CASABLANCA

Désignation	Quantité	Prix unitaire	Prix total TTC
Ventillation non Invasive	1	1 400,00	1 400,00
Masque pour ventilation	1	1 900,00	1 900,00
TOTAL			3 300,00

Total à payer	3 300,00
---------------	----------

Arrêtée la présente facture à la somme de: Trois mille Trois cent dirhams

Leucothée SARL
64, Rue Normandie
Angle Rue Abou Moussa El Jazouli
2ème Etage Casablanca Tél: +212 22 22 80 70
RC: 137201 - IF: 1102001