

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

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

La 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° M21- 070010

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1539 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Décédé
Nom & Prénom : MAHIRI Mohammed
Date de naissance : 1955
Adresse : Sidi Khadid Bloc 17 n° 19 Hay Hassan
Tél. : 0661934985 Total des frais engagés : 250,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
Nom et prénom du malade : MESTALI Keltoum
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Lithiase biliaire
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 : 2 / 4 / 2022
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

2-4-2012 C) 75900
Facture
Dr. FARIK JAMAL AZIZ
Anesthésiste - Titulaire
Dr. MECHAT FAÏÇAL
Chirurgien
001098293

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 AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

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

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient

H
1 2 3 4 5 6 7 8
D G
B

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

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

H
1 2 3 4 5 6 7 8
D G
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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'EXECUTION



مصحة الياسمين

Clinique Yasmine



Casablanca Le : 02/04/2022

Facture N° 2048/22

Etablie par SARA ACCEUIL Page 1/1

Identification

N° Dossier : X2D021604

N° Identifiant : 22041436/22

Nom & Prénom : MASTARI KELTOUM

C.I.N. : BK40801

Date Début : 02/04/2022

Date Fin : 02/04/2022

Adresse :

Traitement : Consultation

Médecin : MECHAT FAICAL

Prestations

	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
SEJOUR					
Frais clinique	1	100,00			100,00
Total Rubrique :					100,00
IMAGERIE MEDICALE					
Ecg	1	100,00			100,00
Total Rubrique :					100,00
PARTIE CLINIQUE :					200,00
HONORAIRES MEDICAUX					
Dr. FARIK JAMAL AZIZ (ANESTHESISTE REANIMATEUR)	1	300,00			300,00
Dr. MECHAT FAICAL (CHIRURGIE GENERALE)	1	250,00			250,00
Total Rubrique :					550,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:					550,00
TOTAL FACTURE					750,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Sept cent cinquante Dirhams

Cachet et signature

CLINIQUE YASMINE
Bd. Sidi Abderrahmane
Tel: 05 22 39 69 60 Fax: 05 22 39 71 19

72/min

M^{re} Mastari Kelboun02.04.2022 11:24:58
CLINIQUE YASMINE
BOULEVARD SIDI ABDERRAHMANE
CASABLANCALocalité:
Chambre:
Numéro d'ordre:
Indication:
Médicament 1:
Médicament 2:
Médicament 3:Utilisé:
Méd. requérant:
Méd. référent:
Méd. soignant:

PA = 11/6

