

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.

Radiologie 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- 068388

12386W

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 20120 Société : EX AGENT M7

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HADINE AMED

Date de naissance : 18/12/1980

Adresse : RES. RADOU AL ALHAR, INTRA
RUE MARDON MED. PARAFEXT, CAS A30

Tél. : 0661169262 Total des frais engagés : 1300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : CAS A Signature de l'adhérent(e) : Le : 25/07/2022

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

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	
	27/06/22					13,000,000

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'ODF.

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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			CCEFFICIENT 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

15/06/2022

Mr HADINE Ahmed

CPAP

Syndrome d'Apnées du sommeil (IAH à 45) et syndrome parkinsonien


Professeur Hicham EL OTMANI
NEUROLOGUE - EEG / EMG
Clinique Jerrada Oasis
06 67 17 33 11
INP : 091032391


DISTAMED SANTÉ
SERVICE COMMERCIAL
CASABLANCA
28, RUE DU LANGUEDOC
CASABLANCA 20360 + 2125 25 25 37 37

MR HADINE AHMED

BL202200148

Ordre:
BC06402022

Date d'expédition:
27/06/2022 14:12:32

Article	Lot/numéro de série	Quantité
[WM31960-1210] APPAREIL DE CPAP AUTO-PILOTE (APPAREIL D'OXYGNOTHERAPIE NOCTURNE) PRISMA SMART Max	26150499	1,00 Unité(s)
[WM25650LMO] MASQUE BUCCO NASAL TAILLE L (CARA)	553304	1,00 Unité(s)

DISTAMED SANTE
SERVICE COMMERCIAL
CASABLANCA
28, RUE DU LANGUEDOC
CASABLANCA 20300 + 2125 25 25 37 37

MR HADINE AHMED

ICE:.

Facture FAC/2022/06/0081Date de la facture :
27/06/2022Date d'échéance :
27/06/2022Origine :
BC06402022

Description	Quantité	Prix unitaire	Taxes	Montant
APPAREIL DE CPAP AUTO-PILOTE (APPAREIL D'OXYGNOTHERAPIE NOCTURNE) PRISMA SMART Max	1,00 Unité(s)	11 000,00	TVA 20% VENTES	9 166,67 DH
MASQUE BUCCO NASAL TAILLE L (CARA)	1,00 Unité(s)	2 000,00	TVA 20% VENTES	1 666,67 DH

Sous-total	10 833,34 DH
TVA 20%	2 166,66 DH
Total	13 000,00 DH
Payé le 27/06/2022	13 000,00 DH
Montant dû	0,00 DH

Article	Quantité	SN/LN
[WM31960-1210] APPAREIL DE CPAP AUTO-PILOTE (APPAREIL D'OXYGNOTHERAPIE NOCTURNE) PRISMA SMART Max	1.0 Unité(s)	26150499
[WM25650LMO] MASQUE BUCCO NASAL TAILLE L (CARA)	1.0 Unité(s)	553304

Merci d'utiliser la communication suivante pour votre paiement: **FAC/2022/06/0081****Arrêter la facture à la somme de:** Treize Mille Dirham

@ contact@distamed.ma http://www.distamed.ma

RC: 528203 - IF: 51674556 ICE: 002980163000009 - TEL: 0522 29.46.15 - FAX: 0522 26 22 46

RIB 007 780 0001155000001763 57

Page: 1 sur 1