

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR
OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS**

Consignes 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.
Une autorisation préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontologie 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.

Prescription :

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.

Autres :

Les ordonnances du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Éducation :

Une autorisation 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.

Prothèses :

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

N° P19-0040173

ND: 41606

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4916 Société : Amadeus
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : MAKROUL NOSTAFER
 Date de naissance : 4/1/59
 Adresse : 104 Bd Yauco EL Nounsou # ppt 10
 Casablanca 20370
 Tél : 0661417504 Total des frais engagés : 1120 Dhs
 Dr EL KARDI Mohamed

Cadre réservé au Médecin Médecin Psychiatre

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/09/2020
 Nom et prénom du malade : MAKROUL NOSTAFER
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : EL BULBUL
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : MUPRAS
 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 : 25 SEP. 2020

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
11/09/2020		3	30000	<i>Dr. EL KARDI Mohamed</i> Médecin Psychiatre Clinique villa des lilas Bp. De l'Oasis - Casablanca Tél: +212 522 77 06 66 Fax: +212 522 25 52 00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE AGUIR</i> PHARMACIE AGUIR 52, Rue Lagranga - Oasis Casablanca Tel: 0522 99 31 23	11/9/20	76210

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	

PPV: 271DH00

COXE No.: HPDRUGSAMNB/952

RELEVÉ DES FRAIS

LOT: 006
 PER: FEV 2022
 PPV: 400 DH 00

00 HO
 1302
 800003

radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le

SOINS DENTAIRES

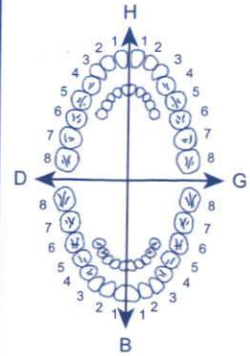
Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient DES TRAVAUX
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			MONTANTS DES SOINS
			DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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



<input type="checkbox"/>	Coefficient DES TRAVAUX
<input type="checkbox"/>	MONTANTS DES SOINS
<input type="checkbox"/>	DATE DU DEVIS
<input type="checkbox"/>	DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Descriptif des Prestations	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
	8 3	38000	<i>Dr. EL KARDI Mohamed</i> Médecin Psychiaître Clinique villa des lilas Bd. de l'Oasis - Casablanca Tél: +212 522 77 66 66 Fax: +212 522 25 52 69

EXECUTION DES ORDONNANCES

Pharmacien Prescripteur	Date	Montant de la Facture
	11/9/20	76200

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature 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	

PPV: 271DH00
 CODE No.: HP/DRUGS/MNB/552

RELEVÉ DES FRAIS

LOT: 006
 PER: FEV 2022
 PPV: 400 DH 00

LOT: KED0008
 PER: DEC 2021
 PPV: 91 DH 00

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

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

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	Coefficient DES TRAVAUX
	<input type="text"/>
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le 11/09/2020

Mr Ak Bouc Othman

400100

Abul, Phis



PHARMACIE FOURIR
FOUDALIMADJIA
52, Rue Lagramta - Oasis
Tél: 0527 99 31 23 - Casablanca

27100

Rono



PHARMACIE FOURIR
FOUDALIMADJIA
52, Rue Lagramta - Oasis
Tél: 0527 99 31 23 - Casablanca

9100

S city



DR EL KARDI Mohamed
Médecin Psychiatre
Clinique Villa des Lilas
Rd. de l'Oasis - Casablanca
Tél: +212 522 77 66 66
Fax: +212 522 25 52 00

762400

Mr Mohamed
Akouf Lolo