

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.

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 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



35083 MSR

Déclaration de Maladie : N° P19- 0009531

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12688 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : LAFREM Mohamed Date de naissance :
Adresse :
Tél. : 0662762521 Total des frais engagés : # 1200,00# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 14/07/2020
Nom et prénom du malade : LAFREM Mohamed-ILYAS Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Elai du Caricavel
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 : CMN Le : 27/07/2020
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 0009531

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

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
14/07/88	voifecture		1200 DH	

CLINIQUE DENTAIRES
50, Bd. Abdou Moukoko - Casablanca
Tél: 0522 23 18 18 - Fax: 0522 23 35 35
Dr. DRIES CHBIHI WAHOUDI
15, Bvd 2in Taoujate,
Résidence Bahja ET N°4, APPT 7
ICE N° 03035549000026 - IF: 14437605
Tél: 05 22 23 10 55

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez 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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				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

CLINIQUE ATFAL SARL

50 Bd Abderrahim BOUABID OASIS
Tél. 022 23 18 18 Fax : .022 23 50 28
IF 01087099

F A C T U R E

N° : 3845 / 2020 du 14/07/2020

Nom patient **LAFREM MOHAMED ILYAS**
PAYANT

Entrée 14/07/2020

Sortie 14/07/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	1,00		200,00	200,00
			Sous-Total	200,00
PHARMACIE	1,00		200,00	200,00
			Sous-Total	200,00
Total Clinique				400,00

DR. CHBIHI WAHOUDI DR (chirurgien pedia)	1,00	K	800,00	800,00
			Sous-Total	800,00
Total Autres prestations				800,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

Total 1 200,00

CLINIQUE PEDIATRIQUE
ATFAL
50, Bd Abderrahim Bouabid
OASIS, Casablanca
Tél: 0522 23 18 18 Fax: 0522 23 50 28



مصحة أطفال
CLINIQUE ATFAL

Casablanca, Le 14/07/2020

COMPTE RENDU

Nom/Prénom : *Lafrem Med Ilyas*
Plaie du cuir chevelu
Suture sous Anesthésie
locale en Ambulatoire

Dr. Driss CHBIH WAHOUDI
Rég. 804 Ain Taoujate,
Rég. 804 Bahja ET N°4, APPT 7
ICE N° 035549000086 - IF: 14437805
Tel: 05 22 20 10 55

Le : 14/07/2020

Références

3 845 / 200715083849007019

PAYANT

Entrée / Sortie : 14/07/2020 - 14/07/2020

Le Dr. CHBIHI WAHOUDI DRISS

présente à . **LAFREM MOHAMED ILYAS**

**sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
800,00 Dhs**

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Espèces

Cachet et signature

Dr. DRESS CHBIHI WAMBI
14 Bvd Ain Tadjoute
Régide - 28 Bahla ET N°4, Apt 7
EN 2013-0900086-IF-1443-805
Tel: 05 22 20 10 55

ANNEXE PHARMACIE

PAYANT

Nom patient : LAFREM MOHAMED ILYAS	N° Facture	3 845	E20G142141
------------------------------------	------------	-------	------------

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
LAME BIS -10 (001)	2	5,00	10,00
TEGADERM FONDU 6cm*7c (100)	1	40,00	40,00
VICRYL 5/0 CT 13 MM (001)	1	150,00	150,00
Total pharmacie			200,00

CLINIQUE PEDIATRIQUE
ATFAL
50, Bd. Abderrahim Bouabid
OASIS - Casablanca
Tél.: 0522 23 18 18 Fax: 0522 23 50 28