

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3523

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

139561

Nom & Prénom : BENNIS FARIDA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.61.31.10.05 Total des frais engagés :

2000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

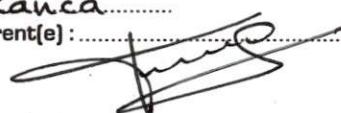
Nature de la maladie :

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 : Casablanca Le : 07/10/22

Signature de l'adhérent(e) :





RELEVE 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 Honoriaires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>



réinventons /
l'assurance et l'épargne

Dossier de prise en charge

Code FMSAR 2

Dossier médical n° 1

A remplir par l'employeur	
Identité & Cachet de l'employeur	N° de police
Assuré Nom & prénom	N° d'affiliation
Malade Nom & prénom	Lien de parenté
Date de naissance	

A remplir par la clinique	
Nom & prénom du malade	KABBAJ Hillel Mohammed
N° SIR ou autres (à préciser)	G5A39
Service d'hospitalisation:	Oncologie
Médecin traitant:	Pr AFANDI DUSCAMA AL
Motif d'hospitalisation (actes):	Posé de chambre inflat
Date d'hospitalisation	
Eg urgence le ou prévu le	18/08/2022
Nbre de pièces jointes	<input type="text"/>
Document certifiant médical confidentiel obligatoire	

Reservé à l'assureur	
Avis technique du médecin conseil⁽⁴⁾	Sinistre n°
<input type="checkbox"/> Favorable / accord du :	
<input type="checkbox"/> Défavorable / motif	
<input type="checkbox"/> Réserves	
Signature et cachet de l'assureur	Cachet et réception

Estimation du coût de l'hospitalisation par la clinique				
	Frais de séjour	Nbre de jours	P.U.	Total H.T.
Durée probable	Séjour normal			
	Soins-Intensifs ⁽¹⁾			
	Réanimation ⁽²⁾			
	Couveuse			
Nature des prestations		Cotation	P.U.	Total H.T.
Actes				
Consultations				
Actes médicaux	<i>Poser de chambre</i>			<i>6000,00</i>
Actes chirurgicaux	<i>inflatable</i>			
Anesthésie				
Bloc opératoire / Salle d'accouchement				
Surveillance réanimation				
Surveillance médicale ⁽³⁾				
Examens (détallés)				
Radiologie (standard, irm, scanner, écho...)				
Radiologie				
Autres (anapathie, E.C.G., EEG, Fibre, Colono...)				
Lithotripsie				
Dialyses				
Fournitures				
Pharmacie				
Matériaux ostéosynthèses, Sang, plasma				
Total de l'estimation				<i>6000,00</i>
<i>16/08/2022</i>				
Signature et cachet de la clinique				



ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE

5397834

Nous soussignées, COMPAGNIE Sanlam ASSURANCE, sise au 216 Bd ZERKTOUNI CASABLANCA MAROC, nous engageons à nous substituer à :

KABBAJ MOHAMED HILAL

Assuré dans le cadre de la Police N° 1000991624 Adhésion 10- SANLAM Assurance pour régler en leur lieu et place le montant des frais occasionnés pour son hospitalisation à l'HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID.

Il est précisé que le règlement des dits frais sera effectué sur présentation de la copie de la prise en charge, de la facture et des pièces justificatives notamment le compte rendu d'hospitalisation, et ce à concurrence de 80% des frais engagés, sans toutefois dépasser la contre-valeur en dhs de :

**4 000.00 Dhs
(Quatre mille Dhs)**

Fait à Casablanca, le 25 Août 2022 pour servir et valoir ce que de droit.

Pour la compagnie



Estimation du coût de l'hospitalisation par l'assureur de Mohamed Hilal Kabbaj

Nature de soins	Frais engagés	Coefficient	Valeur	Base de remboursement (a)	Frais remboursés par le premier assureur	Taux de remboursement (b)	Frais remboursés (c)=(a)*(b)
HOSPITALISATION MEDICALE	71 271.05	NA	NA	70 971.05	NA	%	
Totaux	71 271.05			70 971.05			56 776.84

Détail explicatif des soins non remboursés

Nature du soin non remboursé	Montant du soin non remboursé	Motif du non remboursement
Dépassement devis	300.00	Produits non remboursables
Totaux	300.00	

