

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W21-793541

AS7558

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

13188

Société :

Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Toumi BENJELLOUN Jouda / HANZA

Date de naissance :

01/08/2021 / 06/05/1960

Adresse :

Sidi Jaouenf lot Bouchra N° 67 CASA

Tél. :

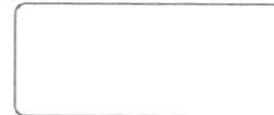
0645077768

Total des frais engagés :

300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Joudia Benjelloun

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

peplé

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 :

Signature de l'adhérent(e)

08/04/2023

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

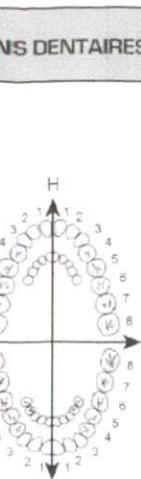


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
8/11/1993	ca	300		INP 091073501 D... P... L... 1993

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						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		AM	PC	IM	IV		

RELEVÉ		FRAIS ET HONORAIRES													
Le praticien est prié de préciser la nature de l'opération effectuée, 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	INP : <input type="text"/>										
					Coefficient des travaux <input type="text"/>										
					Montants des soins <input type="text"/>										
					Début d'exécution <input type="text"/>										
					Fin d'exécution <input type="text"/>										
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> Montants des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Date de l'exécution <input type="text"/>	
H	G														
25533412	21433552														
00000000	00000000														
D	B														
35533411	11433553														
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													

Clinique Pédiatrique Ajial

Casablanca Le : 08/04/2023

Pré-Facture N° 122597

Etablie par WIDAD ACCUEIL Page 1/1

Identification

N° Dossier : X3D086012

MUPRAS]

N° Identifiant : 23043435/23

Nom & Prénom : TOUIMI BENJLLOUN JOUDIA

C.I.N. : MDC

Date Début : 08/04/2023

Date Fin : 08/04/2023

Adresse :

Traitemet :

Médecin : BENKIRANE AZZEDDINE

Prestations

Qté | Prix U. | L.C. | Coef | Montant

MEDICAL

Frais clinique	1	100,00			100,00
					Total Rubrique : 100,00

PARTIE CLINIQUE :

100,00

HONORAIRES MEDICAUX

Dr. BENKIRANE AZZEDDINE (PEDIATRE)	1	200,00			200,00
					Total Rubrique : 200,00

PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:

200,00

TOTAL FACTURE

300,00

Arrêtée la présente Pré-Facture à la somme de :

Trois cents Dirhams

Cachet et signature

