

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.

Diagnostic 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.

Prothèse 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

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- 045024

ND: 40552
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5361 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : VVE

Nom & Prénom : ABDERRAHMAN SMOUD

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0672 171 061 Total des frais engagés : 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 : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) : 

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
Veuillez 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 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---------------------|-------------|--|---|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|--|--|--|
| | | | | Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F. Prothèses dentaires | Détermination du coefficient masticatoire <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | H | | G | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | | | Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/> |
| H | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

| | | | | |
|--|----------------|------------------------|----------------|-----|
| VOLET ADHERENT | | | NOM : | Mle |
| DECLARATION N° | | | P 17 / 0062901 | |
| Date de Dépôt | Montant engagé | Nbre de pièces Jointes | | |
| | | | | |
| Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle | | | Cachet MUPRAS | |

| | | | | |
|---|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|----|
| A REMPLIR PAR L'ADHERENT | | Mle 0005365 | Signature de l'adherent | |
| Nom & Prénom | | ABDE RAHMAN SAHMOUD | | |
| Fonction | Décide | Phones | | |
| Mail | | | | |
| MEDECIN | Prénom du patient | | | |
| Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age | | Date 02/08/2020 | | |
| Nature de la maladie | | Date 1ère visite | | |
| Herme Umbilical (CPA) | | | | |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances | | | | |
| Nature des actes | Nbre de Coefficient | Montant détaillé des honoraires | | |
| C2 | | 250 DA | | |
| PHARMACIE | | Date | Signature et cachet du Pharmacien | |
| Montant de la facture | | | | |
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | Date | CACHET | |
| Désignation des Coefficients | Montant détaillé des Honoraires | | | |
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | Date | CACHET | |
| Nombre | | Montant détaillé des Honoraires | | |
| AM | PC | IM | | IV |
| | | | | |



CLINIQUE CHIFA

CONSULTATION PREANESTHESIQUE

Nom et Prénom **Bashir Fala** (C.P.A.)

Date : 02/08/2020

Service :

Age :

47 ans

Sexe :

F

Poids :

| | | | | |
|-------------|--------------------|--------------|------------|------------------|
| gr. Sanguin | Diag Préopératoire | Intervention | Sang Prévu | Dte Intervention |
| | Hemie O | | | |

Antecedents :

Tabagisme / Alcoolisme

- Médicaux :
- Chirurgicaux :

- Type d'intervention : LVB sous Collio
- Type d'anesthésie : Sans.

Traitements suivis :

- Corticoïdes :
- Psychotropes :
- Hypoglycémisants :
- Anticoagulants :
- Hypotenseurs :
- Diurétiques :
- Bloquants :
- Autres :
- TTT Locaux :
- (Collyres) :

Arrêt :

Antecedents allergiques :

- Terrain atopique :

Accidents anesthésiques :

- Familiaux :
- Personnels :

Transfusions antérieures :

APPAREIL CARDIOVASCULAIRE

EX Clinique :

TA : 13/07. Pouls :

Veines :

ECG :

Classe NYHA I II III IV

Echo coeur :

VOIES AERIENNES - APP. RESPIRATOIRE

Cou

Mallampati I II III IV

Distance mention - Pomme d'Adam 6cm

Dents :

Machoirs :

Auscultation :

RX :

BIOLOGIE :

Hte :

Na :

Protide :

Tp : 100%.

Date :

Hb :

Gyl :

Urée :

TCA : 28/27

GB :

K+ :

Créat :

Plaquettes : 350.000

γ GT :

Autres :

| | | |
|------------------------|-------------|------------------------|
| Psychisme : | Classe ASA | Remarque : |
| Permedication | I II III IV | |
| Protocole anesthésique | | |
| OK (AC) | | |
| Date : | 02/08/2020 | Medecin anesthesiste : |