

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.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

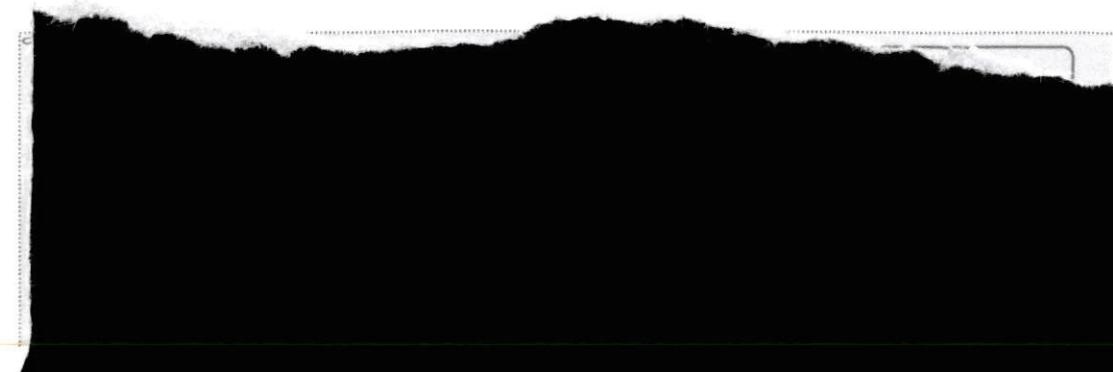


Déclaration de Maladie

N° W19-579373

ND 59391

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	FU70	Société :	RIAN
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	MARIA FATIMA EL BOUHRA
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 06611027829 Total des frais engagés			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 08-11-2020			
Nom et prénom du malade : Faten FATHIA ENNAJAH Age :			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : FZ Nephrologie			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 21 DEC. 2020			
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 : <i>SAIDI</i> Le : 08/11/2020			
Signature de l'adhérent(e) : <i>Faten</i>			



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 (List of treated teeth corresponding to the numbered positions in the diagram)	Nature des Soins (Nature of the treatments)	Coefficient (Coefficient)	INP : <input type="text"/>																		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX																		
				MONTANTS DES SOINS																		
				DEBUT D'EXECUTION																		
				FIN D'EXECUTION																		
				OD.F PROTHESSES DENTAIRES 																		
				DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>					H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		G		B		35533411	11433553
				H																		
				25533412	21433552																	
				00000000	00000000																	
D																						
G																						
B																						
35533411	11433553																					
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																						
CCEFFICIENT 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																						

CLINIQUE FRANCE VILLE
CENTRE CARDIOVASCULAIRE

Patient : Mme FARID FATIMA EZZOHRA
Séjour : Du 08/11/2020 au 08/11/2020

FACTURE
202005875
Du : 08/11/2020

Etablie par : B. Fatimazahra

Clinique

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
CONSULTATION + ECG	1	600,00	600,00
TOTAL CLINIQUE			600,00

Encaissement Compte d'Autrui

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
TOTAL AUTRUI			0,00

Ventes en exonération de la TVA suivant l'article n°91-VI-1° du C.G.I

Arrête la presente facture à la somme de SIX CENTS DIRHAMS

	Patient
Total TTC	600,00

393, Bd GHANDI - Casablanca
Tél : 05 22 23 26 27
CLINIQUE FRANCE VILLE

NOM: Farid
PRENOM: Fatima ezohra
ID:
DDN:
Age: ans
Sex:

8-Nov-2020 17:03:29

Fréq. Card.: 77 BPM
Int PR: 123 ms
Dur.QRS: 100 ms
QT/QTc: 374/405 ms
Axes P-R-T: -29 35 48

Dr. Jamâl SIBAI
CARDIOLOGUE
31123718 - AUL N°: 15397 - R. Cé.
156 38, Bd Lalla Yassout et 1, rue El aïs -
1630 Casablanca - GSM : 06.61.20.09.7

