

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 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

- Reclamation : 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 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-553327

58831

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12722 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : JARIAL YOUNESS
 Date de naissance : 01-03-1990
 Adresse : Lt EL FATH2 NR 20 Sidi MAAROUF CASA
 Tél. : 618832740 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/11/2020
 Nom et prénom du malade : BAHIA BOUKHOUKHAL
 Age : 23
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Accouchement
 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 : 17/11/2020
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-553327

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 :

[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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

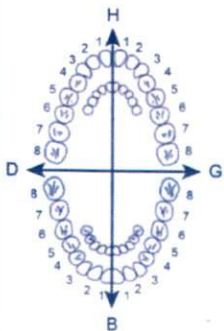
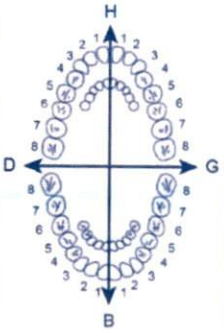
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>															
				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																		
	<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>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	(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"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Clinique
les papillons

حصّة الغراشات

Casablanca le 14/11/22 الدار البيضاء في

Mme BOUKHOUKHAL BAHIA

- Césarienne pour utérus

cicatriciel

Moo

Professeur Taoufik CHRAÏBI
Gynécologue Obstétricien
199, Bd El Anzarane - Casablanca
Tél : 0522 98 01 12 - 07 00 14 01 48
ICE: 00171019200017 - INP : 091043091

CLINIQUE LES PAPILLONS

GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

Téléphone 05 22 98 30 35

Fax : 05 22 98 31 32

F A C T U R E

N° : 3217 / 2020 du 14/11/2020

Nom patient **BOUKHOULKHAL BAHIA EP DARMAL**
PAYANTS

Entrée 14/11/2020

Sortie 16/11/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
-----------------------------	--------	------------	---------------	---------

CHAMBRE	2,00	CH	400,00	800,00
SALLE OPERATION	100,00	K	25,00	2 500,00
			<i>Sous-Total</i>	3 300,00
PHARMACIE	100,00	PH	15,00	1 500,00
			<i>Sous-Total</i>	1 500,00
Total Clinique				4 800,00

DR. CHRAIBI TAOUFIK (gyneco)	100,00	K	30,00	3 000,00
DR. ANESTHESISTES REA (anesthésie)	50,00	K	30,00	1 500,00
			<i>Sous-Total</i>	4 500,00
Total Autres prestations				4 500,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	Total	9 300,00
NEUF MILLE TROIS CENTS DIRHAMS		



Dossier de Prise en Charge

ملف تحمل العلاج

A Remplir par l'Employeur

Identité

&
cachet de
l'Employeur

Assuré
Nom & Prénom

Malade
Nom & Prénom

Date de Naissance

A Remplir par la Clinique ou Polyclinique

Nom & Prénom
du Malade

N° CIN ou Autres (Préciser)

Service d'Hospitalisation

Médecin Traitant

Motif d'Hospitalisation (Actes)

Date d'Hospitalisation

En Urgence le :

ou
Prévue le :

Nbre. de Pièces jointes :

Donc Certificat Médical Confidentiel Obligatoire

Réservé à l'Assureur Sinistre N°

Avis Technique du Médecin Conseil

Favorable/Accord du :

Défavorable/
motif :

Reserves :

Signature et Cachet de
l'Assureur

N° de Police

N° d'Affiliation

Lien de Parenté

Estimation du Coût de l'Hospitalisation par la Clinique

Frais de Séjour Nbr Jours P.U. Total H.T.

Séjour Normal 3 400 1200

Durée Soins Intensifs (1)

Probable Réanimation (1)

Couveuse

Nature des Prestations Cotation P.U. Total H.T.

Actes

Consultations

Actes Médicaux

Actes Chirurgicaux

Anesthésie

Bloc Opératoire /

Salle d'Accouchement

Surveillance Réanimation

Surveillance Médicale (2)

Examens (Détailés)

Radiologie

(Standard, IRM, Scanner, Echo...)

Biologie

Autres

(Anapath, ECG, EEG, Neuro, Colono...)

Likotripsie

Dialyses

Fournitures

Pharmacie

Matériels Osteo-Synthèse, Sang, Plasma

Total de l'Estimation

DATE : 15/11/2020

Visa et Cachet de la Clinique

Signature et Cachet de l'Assureur

En Chiffres :

En Toutes Lettres :

Estimation de l'Assureur

Base de Remboursement Taux Remboursement Montant pris en Charge

Séjour Normal 3 400 1200

Durée Soins Intensifs (1)

Probable Réanimation (1)

Couveuse

Nature des Prestations Cotation P.U. Total H.T.

Actes

Consultations

Actes Médicaux

Actes Chirurgicaux

Anesthésie

Bloc Opératoire /

Salle d'Accouchement

Surveillance Réanimation

Surveillance Médicale (2)

Examens (Détailés)

Radiologie

(Standard, IRM, Scanner, Echo...)

Biologie

Autres

(Anapath, ECG, EEG, Neuro, Colono...)

Likotripsie

Dialyses

Fournitures

Pharmacie

Matériels Osteo-Synthèse, Sang, Plasma

Total de l'Estimation

DATE : 15/11/2020

Visa et Cachet de la Clinique

Signature et Cachet de l'Assureur

En Chiffres :

En Toutes Lettres :

83, Avenue de l'Armée Royale - Casablanca - Maroc
Tél. : 0522 31 21 63 - 0522 31 01 99 - Fax : 0522 31 38 64
S.A. au Capital de 1.700.000.000 de DH - R.C. 08.807 - C.N.S.S. 111 0869 - PATENTE : 38101000
15.000.000 - ICE : 001530601000041 - Entièrement régie par la loi n° 17-89 portant code des assurances
www.rmaassurance.com