

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 F... et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 78 18 - www.mupras.com

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



Déclaration de Maladie

N° W21-611354

611358

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11340

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ANAFANI HANANE

Date de naissance :

10/01/1972

Adresse :

YACARIB 6

Tél. :

066 890136

Total des frais engagés :

MUPRAS

Cadre réservé au Médecin

ALAMI Abdellaziz

RHUMATOLOGUE

55, Av. Slaoui Bureaux du Jardin

2ème Etage N° 13 - FES

05 35 94 21 75 / 06 45 71 69 44

25 FEV 2001

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

NCB + Tendinite de l'épaule

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) :

Le : 11/02/2021

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-611354

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Coupon à couper et à servir par l'adhérent(e).

Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET H			
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant des Hon
9/12/21	C	1	25.0
05/12/21	K	1,5	15,0

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

NOMAIRE	
taille ires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
..... e col	INP : RHUMATOLOGIE Av. Show Bureaux ouv EDH zene 1975 bazar COLOUE x du

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																			
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																			
Importante : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires ainsi que le bilan de l'ODF.																			
SOINS	DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :														
					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>														
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
ODF PROTHÉSES DENTAIRES			DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
			<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>26533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></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> </table>		H		26533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																			
26533412	21433552																		
00000000	00000000																		
<hr/>																			
D	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
			[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																			

Docteur ALAMI Abdelaziz

RHUMATOLOGUE

Maladies des os, articulations et de la colonne vertébrale

Ex. Médecin chef de l'hôpital Ibn Baytar

Tél. : 05.35.94.21.75 / 06.68.75.69.44

الدكتور علمي عبد العزيز

اختصاصي في أمراض الروماتيزم

أمراض العظام والمفاصيل والعمود الفقري

طبيب رئيسي بمستشفى ابن البيطار سابقا

الهاتف : 05.35.94.21.75 / 06.68.75.69.44

INPE
141063289 Fès, le 09/02/21 فاس في :

Dr ALAMI Abdelaziz

RHUMATOLOGUE

55, Av. Slaoui Bureaux du Jardin

2ème Etage N° 13 - FES

05 35 94 21 75 / 06 68 75 69 44

Facture:

150 - infiltration 112,000 Dhs

cent cinquante dh

Dr ALAMI Abdelaziz

RHUMATOLOGUE

55, Av. Slaoui Bureaux du Jardin

2ème Etage N° 13 - FES

05 35 94 21 75 / 06 68 75 69 44

55 شارع السلاوي مكاتب الحديقة الطابق الثاني رقم 13 بجانب سينما ريكس ومكتبة الفجر - فاس

55, Av. Slaoui - Bureaux du jardin 2ème étage N° 13, à côté du cinéma Rex et Librairie Fajr - Fès