

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



Déclaration de Maladie

N° W21-653980

87558

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 0008392	Société : EX RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : EL MDA GHRI Najat		
Date de naissance :		
Adresse :		
Tél. : 066 400 9732	Total des frais engagés :	150,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation : 05/09/2011		
Nom et prénom du malade : EP MDA GHRI NAJAT		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : DENTOSSE		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : RCP protos		
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 ne pas avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-653980

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 : 0008392
 Nom de l'adhérent(e) : EL MDA GHRI
 Total des frais engagés : 450
 Date de dépôt :

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
05/03/11	C		300.00	INP : 0606677717
	+		+	
	TRT		150.00	

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	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

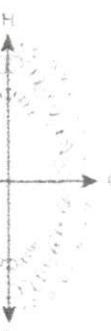
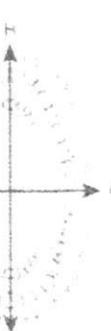
VOLET ADHERENT

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de protéoses ou de traitement cancéreux, ainsi que le bilan de l'ICDP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				HIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	$ \begin{array}{r} \text{H} \\ \text{D} \quad \text{G} \\ \hline \text{B} \end{array} $			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<p>[Création, remont, adjonction] Institution, transfert, démontage d'une prothèse</p>			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 IBN ZOHR		Organisme Gestionnaire d'Assurance Maladie																					
<u>INPE, code à barres</u>																							
<table border="1"> <tr><td>0</td><td>6</td><td>0</td><td>0</td><td>6</td><td>2</td><td>7</td><td>1</td><td>8</td></tr> </table>		0	6	0	0	6	2	7	1	8													
0	6	0	0	6	2	7	1	8															
ESTIMATION N°		1213 / C / 2021																					
Assuré		Bénéficiaire																					
Nom & Prénom		Nom & Prénom EL MDAGHRI NAJAT																					
N° CIN		N° CIN C139337																					
N° immatriculation		<input type="checkbox"/> Assuré(e) <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant																					
Médecin consultant :		Médecin correspondant :																					
		N° TEL																					
FRAIS CONSULTATION <table border="1"> <thead> <tr> <th>Désignation</th> <th>Qté</th> <th>PU</th> <th>Montant</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CONSULTATION MEDECIN SPECIALISTE</td> <td>1.00</td> <td>300,00</td> <td>300,00</td> </tr> <tr> <td>PHARMACIE</td> <td>1.00</td> <td>150,00</td> <td>150,00</td> </tr> <tr> <td align="center" colspan="3">TOTAL</td> <td>450,00</td> </tr> <tr> <td align="center" colspan="3">TOTAL GENERAL</td> <td>450,00</td> </tr> </tbody> </table>				Désignation	Qté	PU	Montant	CONSULTATION MEDECIN SPECIALISTE	1.00	300,00	300,00	PHARMACIE	1.00	150,00	150,00	TOTAL			450,00	TOTAL GENERAL			450,00
Désignation	Qté	PU	Montant																				
CONSULTATION MEDECIN SPECIALISTE	1.00	300,00	300,00																				
PHARMACIE	1.00	150,00	150,00																				
TOTAL			450,00																				
TOTAL GENERAL			450,00																				

Arrêté la présente facture en Dirhams et en toutes lettres:

TOTAL GENERAL

QUATRE CENT CINQUANTE

VISA ET CACHET DE LA CLINIQUE

Clinique Ibn Zohr
46, Lot El Amal - Berrechid