

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
 0 Prise en charge : pec@mupras.com
 0 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° W21-677785

ND: 92576.

| | | | |
|----------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : 1953 | | Société : | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : | | | |
| Date de naissance : | | | |
| Adresse : | | | |
| Tél. : | | Total des frais engagés : _____ Dhs | |

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

| | |
|---|---|
| Cadre réservé au Médecin | |
| Cachet du médecin : | |
| | |
| Date de consultation : | |
| Nom et prénom du malade : | Age: |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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) :

| | |
|--|---------------|
| VOLET ADHERENT | |
| Déclaration de maladie | N° W21-677785 |
| 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 : _____ | |

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | INP : <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

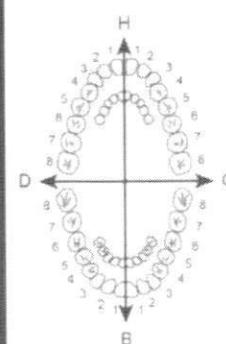
Important

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| | H |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |



[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

N° Dossier: 92576 

N° Dossier externe: ACC-04953-17/11/2021

Type de dossier: REEDUCATION

Bénéficiaire: CHELLIQ HOUSSINE

Situation: En attente

Sous-situation: --

Date de début: 17-11-2021 

Date de fin: 

Date de saisie: 17-11-2021

Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [+]

| Date | Type | Commentaire |
|------------|--------|--|
| 19-11-2021 | Manuel | ACCORD PREALABLE POUR 10 SEANCES REEDUCATION EPAULE . OK |

ND: 92576.

M^{le} 4953

SALIMA BELLAMINE

Kinésithérapeute-physiothérapeute
Rés Dar's Imm Fès 105 Appt Num 1rc
Tél 05 22 76 83 15 / Gsm 06 39 98 88 56

SALIMA BELLAMINE
Kinésithérapeute-physiothérapeute
Rés Dar's Imm Fès 105 Appt Num 1rc
Tél 05 22 76 83 15 / Gsm 06 39 98 88 56

22.12.2021

104/2021

Nom du patient : CHELLI

Prénom : Haussine

Nom du médecin traitant :

Diagnostic : Rééducation du P^e épouse

Nombre des séances prescrites : 10 Séances

Date des soins :

Montant des séances : 10 DHS = 1200 DHS

A offrir la patient facture à la somme de : 1200 DHS

Nom du kinésithérapeute : Mine Bellamine Salma



Signature


SALIMA BELLAMINE
Kinésithérapeute-physiothérapeute
Rés Dar's Imm Fès 105 Appt Num 1rc
Tél 05 22 76 83 15 / Gsm 06 39 98 88 56



Calendrier des Séances de Rééducation effectuées
Par Mr CHELLIG Haussime

| | |
|--------------------------|------------|
| 1 ^{ère} Séances | 19.11.2023 |
| 2 ^e Séances | 23.11.2023 |
| 3 ^e Séances | 26.11.2023 |
| 4 ^e .. | 30.11.2023 |
| 5 ^e .. | 03.12.2023 |
| 6 ^e .. | 07.12.2023 |
| 7 ^e .. | 10.12.2023 |
| 8 ^e .. | 14.12.2023 |
| 9 ^e .. | 17.12.2023 |
| 10 ^e .. | 21.12.2023 |

signature


SALMA BELLAMINE
Kinésithérapeute-physiothérapeute
Rés Dar's Imm Fès 105 Appt Num 1rdc
Tél 05 22 76 83 15/ Gsm 06 39 98 88 56