

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR IVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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.

Éducation :

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 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

101756

Déclaration de Maladie : N° P19- 0012609

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8046 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ROKBI SAÏD

Date de naissance :

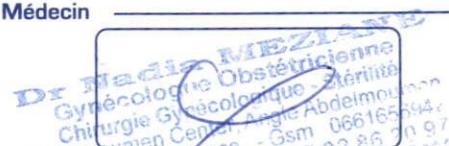
Adresse : M/M

Tél. : 06 77 444 580

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : I.C.E: ADDAKIRI RACHIDA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° P19- 0012609

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 |
|-----------------|---------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 23/12/2021 | ci-joint Facture | | #600,- | LE DOCTEUR A PAYÉ SYNCO CONSEILS CENTRE ANGABIA 27-82-1 052 CJ03000006-NPE |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | 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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le 28/12/2021

COMPTE RENDU

Madame : ADDAKIRI RACHIDA

ASSURANCE : MUPRAS

Motif : SEANCE VENOFE

Médecin : Dr Nadia Meziane

La Femme qui présente une anémie qui nécessite une perfusion de 2 séances le 23/12 et

Le 28/12 du VENOFE à la clinique Oum al banine.

Dr : Meziane Nadia

Dr Nadia MEZIANE
Gynécologue Obstétricienne
Chirurgie Gynécologique - Stérilité
Abdelmoumen Center, Avenue Abdelmoumen
Anoual - Casablanca - Gsm 0661656942
Tél 05 22 27 82 71 / 05 22 86 20 97
I.C.E : 001668003000096 - NPE : 091112862

CLINIQUE OUM AL BANINE

BD. Ghandi Angle Med El hayani & Hmmad Arraouih
 Casablanca
 Tél : 05 22 98 90 90 (LG) / 05 22 98 90 50

F A C T U R E

N° : 740 / 2021 du 23/12/2021

Numéro dossier : 1L231624

Médecin traitant : PR. MEZIANE NADIA

| Nom du patient | Modalité de paiement | Période hospitalisation |
|----------------------|----------------------|-------------------------|
| Mme ADDAKIRI RACHIDA | Payant | 23/12/21 23/12/21 |
| | | |

| Désignations des prestations | Lettres Clé | Nbre | Prix unitaire | Montant DH |
|------------------------------|-------------|------|-------------------|---------------|
| SEANCE VENOFER | | 2,00 | 300,00 | 600,00 |
| | | | Sous/Total | 600,00 |
| Total clinique | | | | 600,00 |

| | | |
|--|----------------------|-----------------------|
| Arrêtée à la somme de : SIX CENTS DIRHAMS | TOTAL GENERAL | 600,00 |
| Encaissé espèce: 600,00 | Encaissé chèque | Total Solde 600,00 |

CLINIQUE OUM AL BANINE
 Bd. Ghandi Angle Med El Hayani
 El Hayani - Casablanca - Casablanca
 Tel : 05 22 98 90 90 (LG)
 Fax : 05 22 98 90 50