

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° W21-675291

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricole : 72324		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : HAMDOUNE ELMENSI		
Date de naissance : 14 mars 1986		
Adresse : 201 Boulevard de la résistance, appartement 7, étage 3 Casablanca		
Tél. : 0663621561		
Total des frais engagés : 153 1540,00 Dhs		

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation : 14/12/2021		
Nom et prénom du malade : H. Hamdoune Boudjedra		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : Céaranee complément (TM)		
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.		

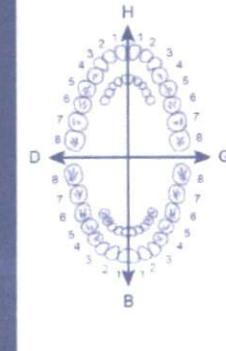
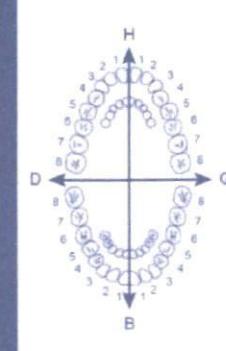
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 14/12/2021

Signature de l'adhérent(e) :

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
14/12/2012	1 T1		194,50 F	INP : <input type="text"/>  RUE DES CORDS 22022 Clermont-Ferrand
EXECUTION DES ORDONNANCES				
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture		
ANALYSES - RADIGRAPHIES				
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX				
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre		Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF				
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"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 28533412 00000000	21433582 00000000	G B 35533411 11433583	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[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				

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° : 3896 / 2021 du 17/12/2021

Nom patient GOURICHY JIHANE EP HAMDOUNE

Entrée 14/12/2021

Prise en charge WAFA ASSURANCE

Sortie 17/12/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CHAMBRE	3,00	CH	400,00	1 200,00
SALLE OPERATION	100,00	K	25,00	2 500,00
			<i>Sous-Total</i>	3 700,00
PHARMACIE	100,00	PH	15,00	1 500,00
			<i>Sous-Total</i>	1 500,00
Total Clinique				5 200,00
DR. NOUN MOHAMED (gyneco)	100,00	K	30,00	3 000,00
DR. ANESTHESISTES REA (anesthesie)	50,00	K	30,00	1 500,00
			<i>Sous-Total</i>	4 500,00
Total Autres prestations				4 500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

NEUF MILLE SEPT CENTS DIRHAMS	Total	9 700,00
Immatriculation : 5510599	Adhérent :	GOURICHY JIHANE EP HAMDOUNE
Affiliation :	N° prise en charge :	-2000043496
Cin :		BB87162
	Part organisme	7 760,00
	Part patient	1 940,00

CLINIQUE LES PAPILLONS

23 Rue des Papillons - Oujda

Cashier

Tél. 0522 98 20 35 - Fax 0522 98 31 32

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° : 3902 / 2021 du 16/12/2021

Nom patient GOURICHY JIHANE EP HAMDOUNE Entrée 14/12/2021
PAYANTS Sortie 16/12/2021

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

SUITE	3,00	S	3 000,00	9 000,00
			<i>Sous-Total</i>	9 000,00
			Total Clinique	9 000,00

DR. NOUN MOHAMED (gyneco)	1,00	V2	2 000,00	2 000,00 X
DR. CHAFAI SALWA (pediatre)	1,00	V2	600,00	600,00
			<i>Sous-Total</i>	2 600,00
			Total Autres prestations	3 950,00

MONITO	1,00	monito	600,00	600,00
ACCOMPAGNEMENT	3,00	ACC	250,00	750,00
			<i>Sous-Total</i>	1 350,00
			Total Autres prestations	3 950,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : DOUZE MILLE NEUF CENT CINQUANTE DIRHAMS		Total	12 950,00

CLINIQUE LES PAPILLONS
23, Rue des Papillons - Oasis
Casablanca
Tél: 05 22 98 30 35 - Fax: 05 22 98 31 32

CLINIQUE LES PAPILLONS

GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

Téléphone 05 22 98 30 35

Fax : 05 22 98 31 32

TICKET MODERATEUR SUR FACTURE

N° 3 896 / 2021 du 17/12/2021

Nom patient

GOURICHY JIHANE EP HAMDOUNE

Entrée 14/12/2021

Prise en charge

WAFA ASSURANCE

Sortie 17/12/2021

N° prise en charge **-2000043496**

Total ticket modérateur

1 940,00

CLINIQUE LES PAPILLONS
22, Rue des Papillons - Oaïda
Casablanca
T. 05 22 98 30 35 - Fax 05 22 98 31 32

Casablanca le 17/12/2021

Attestation de prise en charge

N°PEC :	-2000043496
Centre de soin :	CLINIQUE LES PAPILLONS
N°Police :	60/573500
Contractante :	LABORATOIRES PHARMA 5
N° Adhérent/Matricule:	5510599/1088
Nom adhérent :	GOURICHY JIHANE
Médecin prescripteur :	DR NOUN
Nature de soin :	Intervention chirurgicale
INTERMEDIAIRE :	9724-PREVAS sarl
Adresse :	39 RUE EL FOURAT ETG 2
Date prescription :	16/12/2021
Bénéficiaire :	GOURICHY JIHANE
Frais engagés :	9700.00

Nous avons l'honneur de vous donner notre accord de prise en charge pour la réalisation des soins susmentionnés à hauteur de : 7760.00 (sept mille sept cent soixante Dirhams)

Acte	Montant Devis	Montant de base	Montant accordé	Ticket modérateur
Hospitalisation chirurgicale	9700.00	9700.00	7760.00	1940.00
TOTALS	9700.00	9700.00	7760.00	1940.00

Sous réserve de respecter les conditions ci-après :

S/R CRO

Il est entendu que cet accord reste valable tant que l'assuré fait partie des assurés répondant aux conditions fixées par le contrat.

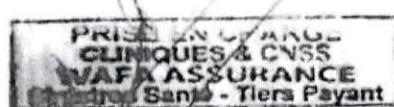
La durée de validité de cet accord est fixée à 1 mois à partir de sa délivrance et à la limite du 31 décembre de l'exercice en cours.

Les justificatives devront nous être adressés.

A la fin du traitement, le reçu ainsi que toutes les pièces justificatives d...

... il ne saurait Messieurs l'expression de nos sentiments distingués.

INDEMNISATIONS SANTE



Ce document nécessite une vérification en vous connectant au lien

<https://sante.apps.wtf/>