

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.

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

réclamation : contact@mupras.com

prise en charge : pec@mupras.com

adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° P19- 0023324

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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) : 

23 MAI 2019
ACCUEIL

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

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	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

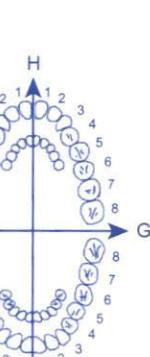
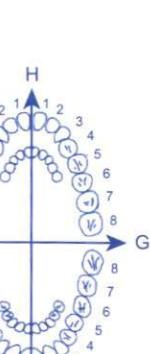
AUXILIAIRES MEDICAUX

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'ORL.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	H D ————— G B	Coefficient des travaux
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

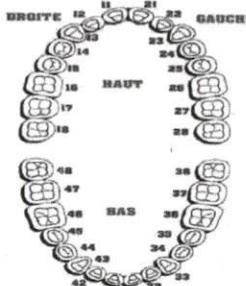
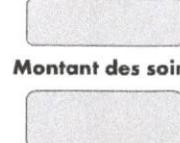
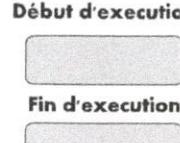
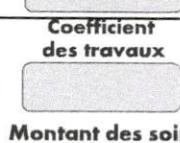
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	Coefficient des  Montant des soins  Début d'exécution  Fin d'exécution 
DROITE	GAUCHE				
12	21				
13	22				
14	23				
15	24				
16	25				
17	26				
18	27				
19	28				
20	29				
21	30				
22	31				
23	32				
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
HAUT					
BAS					

O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		
DROITE	GAUCHE	H	25533412	21433552
		D	00000000	00000000
			00000000	00000000
		G	35533411	11433553
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				
DROITE	GAUCHE			
12	21			
13	22			
14	23			
15	24			
16	25			
17	26			
18	27			
19	28			
20	29			
21	30			
22	31			
23	32			
HAUT				
BAS				

Votre cachet du praticien
en signant le devis

Votre et cachet du praticien
en signant l'exécution

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle

Nom & Prénom *BATTAOUI Noreddine*

Fonction : *.....* Phones : *.....*

Mail : *.....*

MEDECIN

Prénom du patient

BATTAOUI Noreddine

Adhérent Conjoint Enfant Age : *59* Date : *06/05/19*

Nature de la maladie

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<i>C2</i>		<i>25000</i>

PHARMACIE

Date : *.....*

Montant de la facture

ACCUEIL

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Date : *06/05/19*

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

Radius int. 150.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date : *.....*

Nombre

AM PC IM IV

Montant détaillé des Honoraires

Signature de l'adhérent



مصحة عين الصقر
CLINIQUE AIN CHOCH

ORDONNANCE

Casablanca, le

06/05/2003

Cryptostomie Radigraffie
Joint art (F+P)
N°. BATT Aoui Noureddine

Fracture en court h. consolidée

notant d'ostéosynthèse
en post

Dr. Karim AHED
Chirurgie Orthopédique
Traumatologie et Artroscopie
Télé: 05 22 51 11 82



Clinique Ain Chock
 CLINIQUE AIN CHOCH

ORDONNANCE

Casablanca, le

06/05/29

Re-Démy Battadui
Nom de la

Sexe : F - DR

Cent Animateurs

fur de la Racine de la jambe.

CLINIQUE AIN CHOCH
510, Avenue 2 Mars - Haddaouia - Casablanca - Tél.: 05 22 50 13 50 / 05 22 21 21 88 / Fax : 05 22 21 64 68