

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° W19-430952

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12622 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ALAHAYANI Amine

Date de naissance : 28/10/1987

Adresse : Lotissement Elismaïlïca Rue 5 n°31 etg 3
californie casablanca

Tél. : 0664408970 Total des frais engagés : 1300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/07 2019

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Soins de brulures

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) :

RELEVÉ 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 : 092006924
			13000	

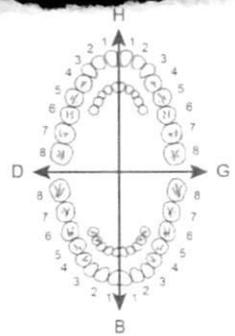
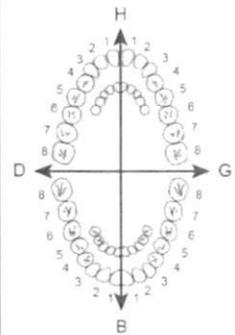
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
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.

						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																				
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession.				COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
	H																					
	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
	D	G																				
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
B																						
						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																		

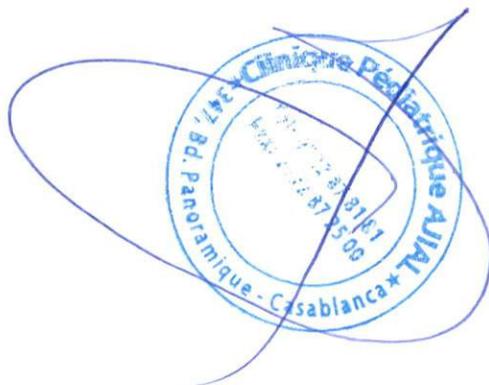
Clinique Pédiatrique Ajial

Casablanca Le : 09/07/2019

Facture N° 3815/19		Etablie par WIDAD ACCUEIL		Page	1/1
Identification					
N° Dossier : X9G0910231		N° Identifiant : 19066785/19			
Nom & Prénom : ALAHAYANI RADIA					
C.I.N. : DA25147	Date Début : 09/07/2019	Date Fin : 09/07/2019			
Adresse : CASA	Médecin : DIOURI MOUNA				
Traitement : Consultation					
Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
MEDICAL					
Brulure	1	650,00			650,00
Total Rubrique :					650,00
PARTIE CLINIQUE :					650,00
HONORAIRES MEDICAUX					
Pr. DIOURI MOUNA (CHIRURGIE PLASTIQUE)	1	650,00			650,00
Total Rubrique :					650,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:					650,00
TOTAL FACTURE					1 300,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Mille trois cents Dirhams



Cachet et signature

أجيال AJIAL



مصحة الطفل و الرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le : 09/07/13

NOTE D'HONORAIRE

Le Docteur.....
Dr. DINURI Mounir
Professeur
Chirurgie Pédiatrique
Pédiatrie - Pédiatrie

A l'honneur de présenter ses meilleurs salutations à

ALAHYANI Redia

Et lui adresse l'usage, sa note d'honoraire.

Soit la somme de *6500*.....DHS

SIGNATURE

أجيال AJIAL



مصحة الطفل و الرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le : 09 / 07 / 19

Compte rendu Medical
du Naïsson Radia
Atattayri

J11 d'une brûlure / ébullorakiet
du tronc de la face et de
mab sup



8 J de pansement par plaques
+ Tac
du tronc

Dr. BICHEM Mounia
Professeur
Chirurgie Plastique
Reconstructions et Esthétique