

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 | adhésion@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 - Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc - 10 Avenue Hassan II - 10000 Casablanca - Maroc - Tél. : 0522 367554 - Fax : 0522 367818 - e-mail : mupras@comcast.net

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

0258

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MERNISSI DRISS

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

0522 367554

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

24 OCT. 2019

ACCUEIL

24 OCT. 2019

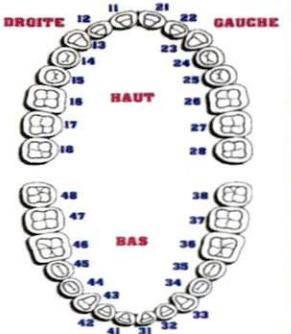
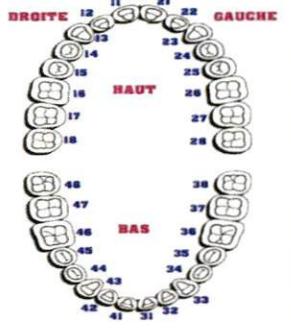
ACCUEIL

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	
					Coefficient des travaux	
					Montant des soins	
					Date du devis	
					Fin de	
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire				
		D	H	25533412 00000000 00000000 35533411	G	21433552 00000000 00000000 11433553
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				

VOLET ADHERENT	NOM : <i>DRI 98</i>	Mle <i>0258</i>
DECLARATION N° <i>W18-389930</i>		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
	<i>1800,00 dh</i>	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <i>0258</i>	
Nom & Prénom <i>MERNI 98 DR 98</i>			
Fonction : <i>RETAITE</i>		Phones <i>0522367554</i>	
Mail		<input checked="" type="checkbox"/>	
MEDECIN		Prénom du patient	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>		Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age <i>79 ans</i>
Nature de la maladie		Date 1ère visite <i>18/10/19</i>	
<i>Antéropatiale nombres inférieurs</i> <i>Docteur EL ABBADY Saad</i> <i>CARDIOLOGIE</i> <i>ED SIDI Abderrahmane</i> <i>5254161-Fax: 0525210</i>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<i>ponction de cicatrisation</i>		<i>300 x 6</i>	<i>1800,-</i>
PHARMACIE		Date	
Montant de la facture			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV



مصحة العبادي

CLINIQUE ABBADI

Casablanca, Le

18/10/2019

FACTURE N°1810/2019

BENEFICIAIRE : MR MERNISSI DRISS

INTERVENTION : PANSSEMENT DE CICATRISATION DIRIGÉE.

MONTANT : 300X 6..... 1800.00DHS

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE MILLE HUIT CENT DIRHAMS

361, Bd. Sidi Abderrahman
GSM : 06 75 49 36 49
Tél. : 05 22 39 52 70
Fax : 05 22 39 52 70
Clinique ABBADI



مصحة العبادي

CLINIQUE ABBADI

Casablanca, Le

DR EL ABBADI MED SAAD
CHIRURGIEN CARDIAQUE ET VASCULAIRE
361, BD. SIDI ABDERRAHMANE
TEL : 022395254
FAX : 022395270

18/10/2019

COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION MR MERNISSI DRISS

TITRE : ARTERIOPATHIE BILATERALE MEMBRES INFÉRIEURS

DIAGNOSTIQUE : 6 PANSEMENTS POUR CICATRISATION DIRIGÉE (à raison de deux pansements par semaine).

Docteur EL ABBADI Saad
CHIRURGIEN
Cardiaque et Vasculaire
361, Bd. Sidi Abderrahmane
Tél.: 0522 39 52 54/61-Fax: 0522 39 52 70