

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.

Prothèse :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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 - 8ème 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° S19-0018336

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0258 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MERNISSI DRISS Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0522367554 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) : 

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 canaux, 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												
O.D.F. Prothèses dentaires																		
	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux															
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	D	G	Montant des soins			
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
D	G																	
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis															
			Fin de															

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		W18-389931	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
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			



W18-389931

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 0258
Nom & Prénom <u>MERNISSI DAISS</u>		
Fonction <u>RETRAITE</u>	Phones <u>0522 36 75 54</u>	
Mail		

MEDECIN		Prénom du patient	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age <u>79 ans</u>	Date <u>18/10/19</u>	
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
<u>perte de substance maxillaires inférieures</u> <u>au floor de la lèvre</u>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<u>grosse cuture</u>		<u>8000,00 dh</u>	

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°1810/019

BENEFICIAIRE

: MR MERNISSI DRISS

INTERVENTION

: GREFFES CUTANEE DE PEAU MEMBRE INFERIEURS.

MONTANT

:8000.00 DHS

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

361, Bd. Sidi Abderrahman
Casablanca - Maroc
Tél : 05 22 39 52 61/54
Fax : 05 22 39 52 70
E-mail : clinicabbadi@hotmail.fr
Patente : 34836064
I.F. : 40400023
ICE : 001644652000026
INP : 090006800

18/10/2019

COMPTE RENDU OPERATOIRE

MR MERNISSI DRISS

TITRE : PERTE DE SUBSTANCE CUTANEE MEMBRES
INFERIEURS.

INTERVENTION : GREFFE CUTANEE DE PERTE DE SUBSTANCE.

Patient admis au bloc sous sédation, installation en décubitus dorsal

Le geste a consisté à la réalisation d'une greffe cutanée de perte de substance siégeant au niveau : face palmaire du gros orteil pied droit , le talon, face externe pied droit .

Zone donneuse : face antérieure de la cuisse gauche, le prélèvement est obtenu par l'utilisation du dermatome padget épaisseur 8/1000 inch.

Fixation du greffon sur la zone donneuse avec des agrafes et réalisation d'un pansement à base de topique ATB

Docteur EL ABBADI Saad
CHIRURGIEN
Cardiaque et Vasculaire
361/El Sidi Abderhmane
Tel.: 0522 30 52 54 / Fax: 0522 30 52 54