

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 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

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 Atlas Ben Abdellah - 10000 Casablanca - Maroc
Tél : 05 32 20 45 45 (5G) - Fax : 05 32 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-496494

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1581 Société : 10678

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LIDARY MOSTAFA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 61 32 19 58 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.

Veillez fournir une facture

Veillez 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 travaux												
				Montant des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins
	H															
	25533412	21433552														
00000000	00000000															
G																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis													
			Fin d'exécution													
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution														



P 17/0057754

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT			Mle 1581												
Nom & Prénom		LIDARY MOSTAFA													
Fonction	Retraité	Phones	0661321258												
Mail		lidary.mostafa@gmail.com													
MEDECIN	Prénom du patient 1 ^{re} Amira (ARAKI)														
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age 62												
Nature de la maladie			Date 14 NOV. 2019												
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			Date 1ère visite												
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires													
1 ^{re} séance de prothèse K20		300													
2 ^{de} séance de prothèse K20		1200													
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date 19 NOV. 2019													
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires														
3 ^{de} séance de prothèse K20	1200														
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date													
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Nombre</th> </tr> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Nombre				AM	PC	IM	IV					Montant détaillé des Honoraires	
Nombre															
AM	PC	IM	IV												

VOLET ADHERENT

NOM: 1581

Mle

DECLARATION N° P 17/0057754



Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

39000

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

Cachet
MUPRAS

Dr. Ali EL KOHEN

Chirurgien Orthopédiste Traumatologue

Ancien Interne des Hôpitaux de Marseille

Chirurgie de la Hanche, du Genou, de la Main et du Pied
Traumatologie du Sport, Arthroscopie

Membre du collège de la Main de Boston (U.S.A)
Membre des Sociétés Française et Internationale
de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

378, Bd Zerktouni 1^{er} étage Casablanca
Tél: 022.22.11.64/ 22.14.43 Urgences: 061.17.20.93

Casablanca, le 26.11.2019

NOTE D'HONORAIRE

Nom du malade : Mme Amina LARAKI

▪ Le 14.11.2019 :

-Consultation 300 Dhs

1^{ère} Infiltration K20 par visco- supplémentation (hyalgan) du genou gauche 1200 Dhs

▪ Le 19.11.2019 :

2^{ème} Infiltration K20 par visco- supplémentation (hyalgan) du genou gauche 1200 Dhs

▪ Le 26.11.2019 :

3^{ème} Infiltration K20 par visco- supplémentation (hyalgan) du genou gauche 1200 Dhs

Arrêté la présente facture à la somme de : 3900 Dh (trois mille neuf cent dirhams).

DOCTEUR ALI EL KOHEN
CHIRURGIEN TRAUMATOLOGUE
378 BD ZERKTOUNI CASABLANCA