

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

Prothétique :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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° P19-0012290

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *Houcine AHMED* Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *O. A. 24* 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 : *Rekik* 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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-0012290

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
.....
08

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
.....
.....
.....

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
.....
.....
.....

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
.....
.....
.....

VOLET ADHERENT

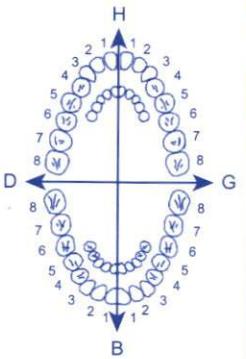
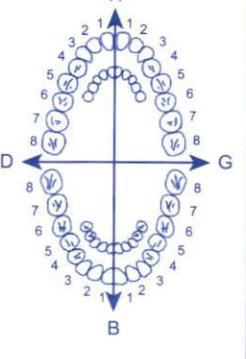
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			CŒFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS
	D 00000000	G 00000000		DATE DU DEVIS
	B 00000000			DATE DE L'EXECUTION
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 soins
					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			
		H			
D	25533412 00000000	21433552 00000000			
	00000000 35533411	00000000 11433553	G		
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession					

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.



W17-109649

DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 1224	Signature de l'adhérent Signature de l'adhérent		
Nom & Prénom HASSOUCHE AHMED					
Fonction RETRAITE	Phones. 06 66 80 12 25				
Mail					
MEDECIN		Prénom du patient 1 HASSOUCHE Tounia			
Adhérent <input type="checkbox"/>		Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age 65 AN	Date 18 AVR 2019
Nature de la maladie					
Affection ORL					
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances					
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
C3			300,00 Dhs		
PHARMACIE		Date 18.04.119.			
Montant de la facture		225,300 H.			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date :					
Signature des coefficients		Montant détaillé des Honoraires			
PHARMACIE MEDICAUX Date :					
Nombre		Montant détaillé des Honoraires			
PC IM IV					22 AVR 2019
ACCUEIL					

Dr. ABADA Redaallah Larbi
Professeur Agrégé
ORL et Chirurgie Cervico-Faciale

PHARMACIE DES EMPLAIS
DI BOUJRA Nadi
34, Rue Bourguiba
Casablanca
Tél: 0522 20 50 44

MUPRAS

ACCUEIL



CLINIQUE RACHIDI
oto-neuro-ophtalmologie

NEUROCHIRURGIE-NEUROLOGIE
OTORHINOLARYNGOLOGIE et
CHIRURGIE MAXILLOFACIALE
OPHTALMOLOGIE
REANIMATION MEDICO-CHIRURGICALE
LASER C O2-ARGON-YAG
SCANNER SPIRALE
IMPLANTATION COCHLEAIRE
DIAGNOSTIC ET BILAN DE SANTE

جراحة أمراض الرأس و الدماغ و العمود الفقري
جراحة الأذن و الأنف و الحنجرة
جراحة الوجه و العنق
جراحة أمراض العيون
الإنعاش الطبي و الجراحي
جهاز الليزر
جهاز السكاكين الجسماني الكلى
ذرع فوقعة الأذن
التشخيص و التحاليل



Clinique Al-Rashidi

Casablanca, le : 18 AVR 2019

الدار البيضاء، في:

Dr ABADA Redaillah-Larbi
Professeur Agrégé
Dr en Chirurgie Cervico-Faciale

Handshake Signature

110.00 D. Janaz
18/04/2019



115.30 Dr. Larbi
18/04/2019



117.74 D. Janaz
18/04/2019

1/ Panadolcent

225.30 Dr. Larbi
18/04/2019

225.30 Dr. Larbi

PHARMACIE DES ENFANTS
Dr. BOUJEDDAD N. M.
34, Rue Ibnou Sina
Bouguenais
Tél: 0522 20 90 44 - Casablanca

LOT: 6A80383
PER: 02-2020
PPV: 110,00DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain seba Casablanca
Oreloxi 100mg, cp 10
P.P.V: 115,30 DH
6 118001 080601

Dr ABADA Redaillah-Larbi
Professeur Agrégé
Dr en Chirurgie Cervico-Faciale

43, شارع الراشدي - الدار البيضاء
ص.و.ض.ج: 1037680 - رقم التعرف: 01020458 - س.د: 74087 - العنوان: 35504150
الهاتف: 05 22 29 48 36/37 - 05 22 20 92 42/43 - 05 22 22 12 96
الفاكس: 05 22 22 03 57

43, Boulevard RACHIDI-CASABLANCA
CNSS: 1037680 - IF: 01020458 - R.C.: 74087 - Patente : 35504150
Tél.: 05 22 22 12 96 - 05 22 20 92 42/43 - 05 22 29 48 36/37
Fax : 05 22 22 03 57 - E-mail : rachidi@cliniquerachidi.com

