

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR EVITER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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- 0015488

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7058 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : El Hajji Jamila 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 : Jamila 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- 0015488

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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:

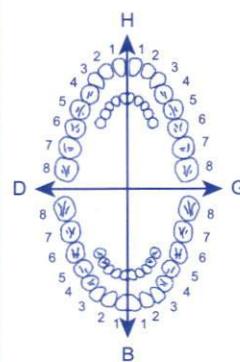
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
D	25533412 21433552 00000000 00000000
	00000000 00000000 35533411 11433553

(Création, remont, adjonction)



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

VISA et cachet du praticien attestant la validité	VISA et cachet du praticien attestant la validité
---	---

VOLET ADHERENT	NOM :	Mme
DECLARATION N°	W16-059802	
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		



W16-059802

DATE DE DEPOT

15.06.2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme 7058

Nom & Prénom EL HAJJI JANICA

Fonction : AC Phones 0661400476

Mail JELHAJJI@Royalairmaroc.com

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent Conjoint Enfant Age

Date

Nature de la maladie

Date 1ère visite

Fracture de la hanche gauche

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
cx Soins	G. 100%	

PHARMACIE

Date

Montant de la facture

Dr. M. MESSAOUM
Traumatolo-Orthopédiste
Chirurgie de la main
Réparation et
remodelage
du doigt
et de la main
et de la hanche
et de la hanche
et de la hanche

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires
Radio 2/8	30000

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

Dr. M. MESSAOUM
Traumatolo-Orthopédiste
Chirurgie de la main
Réparation et
remodelage
du doigt
et de la main
et de la hanche
et de la hanche

Docteur MISSOUM Mohammed

Chirurgien Orthopédiste & Rhumatologue

Chirurgie des Os et des Articulations

Chirurgie du Rhumatisme et de l'Arthrose

Traumatologie du Sport - Arthroscopie

Chirurgie de la Main - Microchirurgie

Ancien Chirurgien des Hôpitaux de Paris

de la Société Française de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

الدكتور ميسوم محمد

جراحة العظام و المفاصل

جراحة الروماتيزم

الطب البابلي

حاجة الى و الحراة بالمهن

استاد حراج سابق بمستشفی باریس

عضو الجمعية الفرنسية لجراحة العظام

خبير مخالف لدى المحاكم

12..06.2019

الرباط في Rabat, le

FACTURE

Le Docteur MISSOUM

Prie Mme . HAJJI JAMILA

D'accepter l'expression de ses sentiments distingués, et lui présente suivant l'usage, sa note d'honoraires pour

SOINS 100 DH
RADIO Z18 300 DH

S'élevant à la somme de :

400 DHS

QUATRE CENT DIRHAMS

W. M. MISSOURI
Chirurgien
Trammele-Orthopäde
Chirurgie de la main
1959, A. Med. V.-D. 1959/76 53
53 76 1959/76 53

Docteur MISSOUM Mohammed

الدكتور ميسوم محمد

Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue

جراحة العظام والمفاصل

Chirurgie des Os et des Articulations

جراحة الروماتيزم

Chirurgie du Rhumatisme et de l'Arthrose

الطب الرياضي

Traumatologie du Sport - Arthroscopie

جراحة اليد و الجراحة بالمجهر

Chirurgie de la Main - Microchirurgie

أستاذ جراح سابق بمستشفى باريس

Ancien Chirurgien des Hôpitaux de Paris

عضو الجمعية الفرنسية لجراحة العظام

Membre de la Société Française de Chirurgie Orthopédique

خبير محلف لدى المحاكم

Expert Assermenté près les Tribunaux

Rabat, le الرباط في Rabat, le

12.06.2019

COMPTE – RENDU RADIOLOGIQUE

NOM PRENOM . HAJJI JAMILA

*RADIO DU PIED GAUCHE Z18

C/R : * FRACTURE DU 5^{ème} META CONSOLIDÉE

