

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

Informations 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.

Chirurgie 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 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

Déclaration de Maladie : N° P19-0013363

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **10079** Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **ASSALI Mohamed** Date de naissance : **01/01/2010**

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **02 MAI 2009**

Nom et prénom du malade : **EL ASSALI** Age : Personne Enfant

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Hydrocéphalie droite

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) :

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
02/10/13	C3 INPE: 0370277862		300,00	
03/10/13	Control		0,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Dr. R. Mcharek <i>Médecin Radiologue</i> <i>Clinique Pédiatrique AÏAL</i> <i>Service de Radiologie</i> <i>347, Bd Monarquique Casablanca</i> <i>Tel: 0522.87.81.81 - Fax: 0522.87.25.00</i>	03/12/19	Echographie cervicale et vesicale	# 500 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 35533411 \quad 11433553 \\ \hline B & \end{array} $		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS	
			DATE DU DEVIS	
			DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



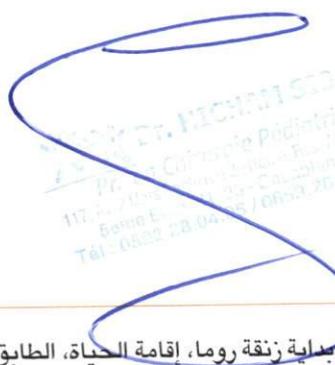
02.10.19

EL ASSAII Nouam.

Hydronéphrose droite a vie
ne - gauche dysraphie

Pas de RVJ.

Echo nerale
Clinique Pédiatrique Al Hayat
Service de Radiologie
347, Bd Panoramique Casablanca
Tél: 0522.87.81.81 - Fax: 0522.87.25.00
et Verte



117 شارع 2 مارس، بولفار زنقة روما، إقامة الحياة، الطابق الخامس الرقم 25، الدار البيضاء - المغرب
الهاتف : 05 22 28 04 05 / 06 59 26 98 58 / البريد الإلكتروني : cabinet.drsibai@gmail.com

117 Av 2 Mars, Angle rue de Rome, Résidence Al Hayat, 5^{ème} étage N°25, Casablanca - Maroc
Tél. : 05 22 28 04 05 / 06 59 26 98 58 / Email : cabinet.drsibai@gmail.com

Clinique Pédiatrique Ajial

Casablanca Le : 03/10/2019

Pré-Facture N° 44465

Etablie par HOUDA RECEPTION Page 1/1

Identification

N° Dossier : X9J0314875

MUPRASI

N° Identifiant : 191010449/19

Nom & Prénom : EL ASSALI MERYEM

C.I.N. : LOJ

Date Début : 03/10/2019

Date Fin : 03/10/2019

Adresse : CASA

Traitemen : Bilan radiologique

Médecin : MIYARA KHADIJA

Prestations

Qté | Prix U. | L.C. | Coef | Montant

IMAGERIE MEDICALE					
Echographie renale	1	500,00			500,00
					Total Rubrique : 500,00
PARTIE CLINIQUE :					500,00
					TOTAL FACTURE 500,00

Arrêtée la présente Pré-Facture à la somme de :

Cinq cents Dirhams

