

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 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.

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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 appartient à la plus importante compagnie d'assurance sociale de l'Afrique du Nord. Membre de la Caisse nationale de sécurité sociale marocaine, elle offre une couverture sociale complète à tous les Marocains. Ses services sont accessibles dans tout le territoire national et à l'étranger.



Déclaration de Maladie

N° W19-480125

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 0258		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MERNISSI DRISS			
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 :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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.	

MUPRAS
24 OCT. 2019
ACCUEIL

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 canalaires, 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
DROITE	GAUCHE				
11	21				
12	22				
13	23				
14	24				
15	25				
16	26				
17	27				
18	28				
19	29				
20	30				
21	31				
22	32				
23	33				
24	34				
25	35				
26	36				
27	37				
28	38				
29	39				
30	40				
31	41				
32	42				
33	43				
34	44				
35	45				
36	46				
37	47				
38	48				
39	49				
40	50				
41	51				
42	52				
43	53				
44	54				
45	55				
46	56				
47	57				
48	58				
49	59				
50	60				
51	61				
52	62				
53	63				
54	64				
55	65				
56	66				
57	67				
58	68				
59	69				
60	70				
61	71				
62	72				
63	73				
64	74				
65	75				
66	76				
67	77				
68	78				
69	79				
70	80				
71	81				
72	82				
73	83				
74	84				
75	85				
76	86				
77	87				
78	88				
79	89				
80	90				
81	91				
82	92				
83	93				
84	94				
85	95				
86	96				
87	97				
88	98				
89	99				
90	100				
91	101				
92	102				
93	103				
94	104				
95	105				
96	106				
97	107				
98	108				
99	109				
100	110				
101	111				
102	112				
103	113				
104	114				
105	115				
106	116				
107	117				
108	118				
109	119				
110	120				
111	121				
112	122				
113	123				
114	124				
115	125				
116	126				
117	127				
118	128				
119	129				
120	130				
111	131				
112	132				
113	133				
114	134				
115	135				
116	136				
117	137				
118	138				
119	139				
120	140				
111	141				
112	142				
113	143				
114	144				
115	145				
116	146				
117	147				
118	148				
119	149				
120	150				
111	151				
112	152				
113	153				
114	154				
115	155				
116	156				
117	157				
118	158				
119	159				
120	160				
111	161				
112	162				
113	163				
114	164				
115	165				
116	166				
117	167				
118	168				
119	169				
120	170				
111	171				
112	172				
113	173				
114	174				
115	175				
116	176				
117	177				
118	178				
119	179				
120	180				
111	181				
112	182				
113	183				
114	184				
115	185				
116	186				
117	187				
118	188				
119	189				
120	190				
111	191				
112	192				
113	193				
114	194				
115	195				
116	196				
117	197				
118	198				
119	199				
120	200				
111	201				
112	202				
113	203				
114	204				
115	205				
116	206				
117	207				
118	208				
119	209				
120	210				
111	211				
112	212				
113	213				
114	214				
115	215				
116	216				
117	217				
118	218				
119	219				
120	220				
111	221				
112	222				
113	223				
114	224				
115	225				
116	226				
117	227				
118	228				
119	229				
120	230				
111	231				
112	232				
113	233				
114	234				
115	235				
116	236				
117	237				
118	238				
119	239				
120	240				
111	241				
112	242				
113	243				
114	244				
115	245				
116	246				
117	247				
118	248				
119	249				
120	250				
111	251				
112	252				
113	253				
114	254				
115	255				
116	256				
117	257				
118	258				

VOLET ADHERENT	NOM : <i>DR1 SS</i>	Mle <i>0258</i>
DECLARATION N°	W18-389928	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<i>3500,00 dh</i>		
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		



W18-389928

DATE DE DEPOT

..... /201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <i>0258</i>
Nom & Prénom <i>MERNISSI DR1 SS.</i>		
Fonction : <i>RETRAITÉ</i>	Phones <i>0522.367554</i>	
Mail <i></i>		

MEDECIN		Prénom du patient
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
		Age <i>79 ans</i>
Nature de la maladie		
<i>ARTERIOPATHIE bilatérale ventres inférieurs</i>		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<i>A 303</i>	<i>k40</i>	<i>3500 dh</i>

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

*Docteur EL ABBADI CHIRURGIEN
Cardiologue et VASCULAIROLOGUE
Téléphone : 361 232 355 5467-Fax: 0522.367554
Saad Abderrahmane*



مصحة العبادي

CLINIQUE ABBADI

Casablanca, Le

27/08/2019

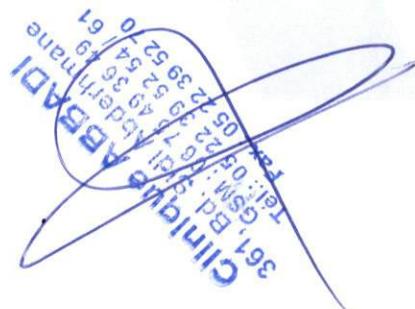
FACTURE N°2708/2019

BENEFICIAIRE : MR MERNISSI DRISS

INTERVENTION : DEBRIDEMENT DE LA PLAIE AVEC EXISION DU TISSUS NECROSES.

MONTANT :3500.00DHS

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE TROIS MILLE CINQ CENT DIRHAMS.



361, Bd. Sidi Abderrahman
Casablanca - Maroc

Tél. : 05 22 39 52 61/54
Fax : 05 22 39 52 70
E-mail : clinikabbadi@hotmail.fr

Patente : 34836064
I.F. : 40400023
ICE : 001644652000026
INP : 090006800



مصحة العبادي

CLINIQUE ABBADI

Casablanca, Le

| 361, Bd. Sidi Abderrahman
| Casablanca - Maroc

| Tél. : 05 22 39 52 61/54
| Fax : 05 22 39 52 70
| E-mail : clinikabbadi@hotmail.fr

| Patente : 34836064
| I.F. : 40400023
| ICE : 001644652000026
| INP : 090006800

27/08/2019

COMPTE RENDU OPERATOIRE

MR MERNISSI DRISS

TITRE : ARTERIOPATHIE BILATERALE MEMBRES INFÉRIEURS.

INTERVENTION : DEBRIDEMENT DE LA PLAIE, EXCISION DU TISSUS NECROSES ET AVIVEMENT DU SOUS SOL.

PATIENT ADMIS AU BLOC SOUS SEDATION
EN DECUBITUS DORSAL, BADIGEONNAGE ET INSTALLATION DU MEMBRE INFÉRIEUR DROIT.

LE GESTE A CONSISTE A LA REALISATION D'UN DEBRIDEMENT DE LA PLAIE(ORTEILS + TALON[°]) AVEC DRAINAGE D'UNE LOGETTE ABCEDEE, RAVINEMENT DES BERGES, DEBRIDEMENT DES DEUX PHALANGES DISTAUX DU 2 EME ORTEILS , HEMOSTASE ET APPLICATION D'UN PANSEMENT A BASE D'ANTISEPTIQUE LOCAL.

Docteur EL ABBADI Saad
CHIRURGIEN
Cardiologue et Vasculaire
301, Bd. Sidi Abderrahmane
Tel.:0522 39 5254/61-Fax:0522 39 5270