

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 adhère à la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.



Déclaration de Maladie

N° W19-480125

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0258 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MERNISSI DRIS

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 : 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.

Veuillez fournir une facture

Veuillez 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										
				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> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins
	H													
	25533412	21433552												
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis											
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de											

VOLET ADHERENT	NOM : <u>DRISS</u>	Mle <u>0258</u>
DECLARATION N°	<u>W18-389928</u>	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
	<u>3500,00 dh</u>	
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 <u>0258</u>	
Nom & Prénom <u>MERNISSI DRISS</u>			
Fonction : <u>RETRAITE</u>	Phones <u>0522 367554</u>		
Mail <u></u>			
MEDECIN	Prénom du patient		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age <u>79 ans</u>	Date <u>27/03/14</u>	
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
<u>ARTERIOPATHIE bilatérale membres inférieurs</u>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<u>A303</u>	<u>K40</u>	<u>3500 dh</u>	
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



مصحة العبادي CLINIQUE ABBADI

Casablanca, Le

27/08/2019

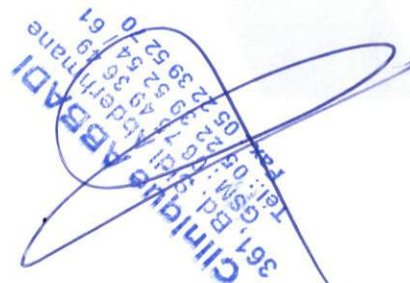
FACTURE N°2708/2019

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.





مصحة العبادي *CLINIQUE ABBADI*

Casablanca, Le

27/08/2019

COMPTE RENDU OPERATOIRE

MR MERNISSI DRISS

TITRE : ARTERIOPATHIE BILATERALE MEMBRES INFERIEURS.

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
INFERIEUR 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
Cardio et Vasculaire
367 Ed. Sidi Abderhmane
Tel.: 0522 39 52 54 / Fax: 0522 39 52 70