

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

ologie 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.

ue :

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 séductions.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

tre :

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.

Le radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

re 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.

resses Mails utiles

clamation : contact@mupras.com

se en charge : pec@mupras.com

hésion 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 de données personnelles.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - G 10
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Déclaration de Maladie : Nº S19-0018362

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 04802 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : CHOUAIBI MOSTAF Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 68 49 93 71 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

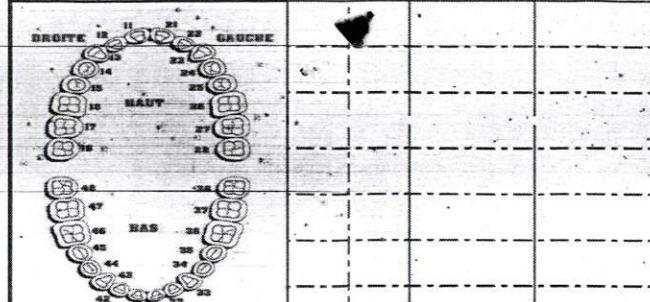
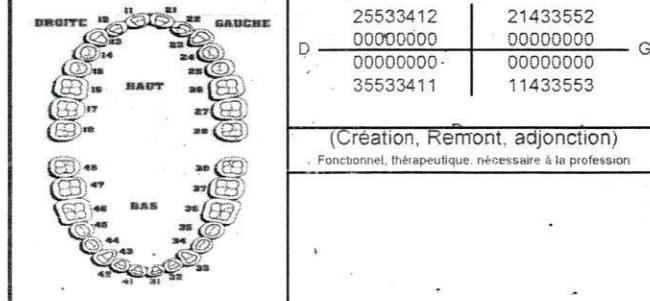
Le : / /

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												
																
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire														
		<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <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> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>H</td><td>G</td></tr> <tr><td>D</td><td></td></tr> </table>		H	G	D	
25533412	21433552															
00000000	00000000															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
H	G															
D																
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession														

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT	NOM: CHOUAIBI MOSTAFA	Mle 04802
DECLARATION N°	W18-339463	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pieces Jointes
29/10/2019	152,80	

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

[Handwritten signature over the declaration table]



W18-339463

DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle

Nom & Prénom **Abdjalil Seba**

Fonction: **Phones**

Mail:

MEDECIN Prénom du patient

Adhérent Conjoint Enfant Age

Nature de la maladie **Ang**

Signature de l'adhérent

Signature de l'adhérent

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

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
211019	21	4500

PHARMACIE Date **21/10/19**

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	

Royaume du Maroc / Ministère de la Santé
Centre Hôpitalier Préfectoral Ain Sebâa Hay Mohammadi
Hôpital Mohammed V - Casablanca

Suc 89280

Date 21/11/19 H

Infirmier

Nom et Prénom

Age Kholida

Adresse

C.I.NI Semt of

Adresse Par

Observation (ex) Interne

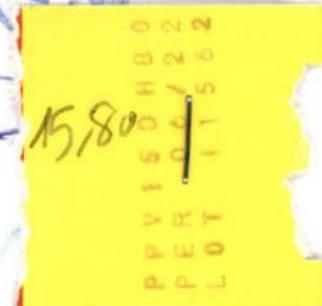
PROSCRIPTION

Diagnostic

Orientation

Dolip

1580.



— Duxol

3700 m 1 37,00



A2

6000

1,

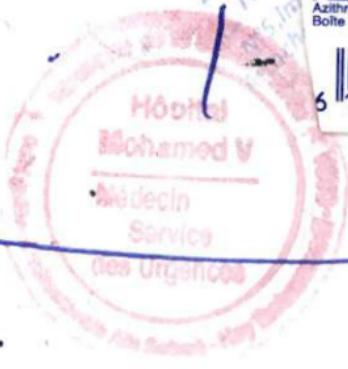
112,80



AZ® 500 mg
Azithromycine
Boîte de 3 comprimés

PPV : 60,00 DH

6 118000 190097



Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
Aïn Sebâa Hay Mohammadi
Hôpital Mohammed V
Casablanca

Quittance

N° 479065 / B

Reçu de M

La somme de

NATURE DE LA RECETTE	Ex	SOMME
5	Régie	42
	des Recettes	42
Total		42

Cachet du
Service

Le 21 mai 200
Signature du
Régisseur