

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

N° W19-468316

ND: 35544

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8621

Actif

Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BERBER

Société : MOHAMMED

Date de naissance : 29/10/69

Adresse : AVATEUR

Tél. : 0668122351

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/03/2020

Nom et prénom du malade : BERBER MERYEM

Age : 14

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Retard de croissance

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 : / /

Dr. Farida JENNANE
Professeur de Pédiatrie
Néonatalogie - Bébésurgie - Gynécologie
de l'Enfant et de l'Adolescent

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
13.10.2020	G		234,00	INP : 09103A9448

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INP : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>														
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/> MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="checkbox"/> FIN D'EXECUTION <input type="checkbox"/>																		
ODF PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25523412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>	H		25523412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>	
		H																
		25523412	21433552															
		00000000	00000000															
		D																
		00000000	00000000															
		35533411	11433553															
		B																
MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/> DATE DU DEVIS <input type="checkbox"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="checkbox"/>																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS <input type="checkbox"/> VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION <input type="checkbox"/>																		

Clinique Pédiatrique Ajial

Casablanca Le : 13/03/2020

Pré-Facture N° 55074

Etablie par ZINEB Page 1/1

Identification

N° Dossier : XOC134654

MUPRAS

N° Identifiant : 19022218/19

Nom & Prénom : BERBER MERYEM

C.I.N. : BH402961

Date Début : 13/03/2020

Date Fin : 13/03/2020

Adresse :

Traitemet : Consultation

Médecin : JENNANE FARIDA

Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
-------------	-----	---------	------	------	---------

MEDICAL

Frais clinique	1	50,00			50,00
		Total Rubrique :			50,00
					50,00

PARTIE CLINIQUE :

HONORAIRES MEDICAUX	1	300,00			300,00
Dr. JENNANE FARIDA (PEDIATRE)		Total Rubrique :			300,00
					300,00

PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:

TOTAL FACTURE	350,00
----------------------	---------------

Arrêtée la présente Pré-Facture à la somme de :

Trois cent cinquante Dirhams

Cachet et signature

