

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.

Vous Serez
Déclaration de Maladie

N° W19-540329
Accès en votre possession
SB731

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 03397	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : DEBBAGH MOHAMMED			
Date de naissance : 93-04-60			
Adresse : 9 Résidence DIAR AL HAMO, Route de Takkah California Casablanca			
Tél. : 0661137692	Total des frais engagés : 1560 DH		Dhs
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : HIEJ ANDALOUSI AÏCHA Age : 1			
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.			
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 : Casablanca Le : 19 AOUT 2020			
Signature de l'adhérent(e) :			

MUPRAS
ACCUEIL

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
				INP : <input type="text"/>

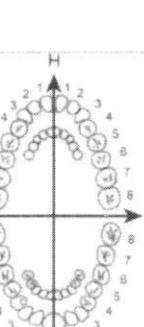
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
<i>Houda</i>	<i>DU 18/06/2020</i> <i>Au</i> <i>13/07/20</i>	<i>12 séances de</i> <i>rééducation pour</i> <i>Cervicathrose</i>			<i>1x. 130,-</i> <i>Total</i> <i>1560,- dh</i>
<i>MD RHRI Houda</i> <i>Doula, ostéopathe, Omani</i> <i>DSR T, Appl. 1 RDC</i> <i>0522.21.12 - Fax: 0522.81.54.69</i>					

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																		
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																		
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																		
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">H</td> <td style="width: 50%;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B	
H	G																						
25533412	21433552																						
00000000	00000000																						
<hr/>																							
D	G																						
00000000	00000000																						
35533411	11433553																						
<hr/>																							
B																							
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																					

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 18/08/2020.

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 03397 e-mail : momodelh@gmail.com Phones : 066.13.76.92

Nom et Prénom de l'adhérent : DEBBAGH Ibtihal

Nom et Prénom du bénéficiaire : HJIEJ ANDALOUSSI Aïcha

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Ibtihal Hjiej

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. Ibtihal Hjiej

Nécessite 20 séances de rééducation

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) pour Cervicarthrose

Une hospitalisation de (approximatif)

A (préciser l'établissement hospitalier)

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :

20 séances de rééducation pour cervicarthrose nécessitant un traitement antalgique basé sur la physiothérapie et du renforcement par la suite des muscles paravertébraux.

Cachet, date et signature du praticien

DOUIMADARAH Houda
D.O.U.I.M.A.D.A.R.A.H
Omania
MSR 1, Appt. 1 RDC
0522.12.12 - Fax: 0522.81.54.69

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

Dr. Houda IBN ABDELJALIL

Rhumatologue - Spécialiste
des Maladies des Os et Articulations



الدكتورة هدى ابن عبد الجليل

اختصاصية في

أمراض العظام والمفاصل

Casablanca, le

4 / 6 / 2020

Yme Debbagh Aïda

Curekathleen

⇒ Kinesithérapie

a beet aaliggee (IR, massage
laas de oerbaacheel) en
verfijnen des mesels
Prae eelklaas en iekels
Faree 2 laances / keu > 10

Consultation sur rendez-vous

Cabinet : Angle Route d'Azemmour & Bd Sidi Abderahmane- Immeuble de la commune
Appt N° 3 - 3ème Etage - Tél. : 05 22 89 38 88 / 95 - e-mail : ibnabdeljalilhouda@yahoo.fr



MDARHRI Houda
Bd. Al Quods, Quartier Omarie
Résidence Al Quods GR 1, Appt. 1 RDC
Tél.: 0522.21.21.12 - Fax: 0522.81.54.69

Casablanca, le

13/07/2020

Du 18/06/2020 Au 13/07/2020

Facture N°: 381620

Nom du patient: Hm Debbagh Aicha

Sur prescription du médecin: Dr. Ben ABDELJALIL Houda

Nombre de séances: 12 séances de kinésithérapie.

Prix unitaire: 130dh.

Total: 1560dh

Arrêter la présente facture à la somme de: mille cinq cent

Alexandre Darhans

FACUI MDARHRI Houda
Bd. Al Quods, Quartier Omarie
Résidence Al Quods GR 1, Appt. 1 RDC
Tél.: 0522.21.21.12 - Fax: 0522.81.54.69