

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 canalaire, 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 canalaire.

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 : Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

0661 33 5519

Déclaration de Maladie

N° W19-497960

ND: 46735

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3673

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MARADJ DRISSE

Date de naissance : 23.03.1962

Adresse : 124, L-T Boul El Ma. Sidi Jaafar, CASA

Tél. : 0661184034 Total des frais engagés : 300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : HANAN DRISSE

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Cranchise fracture L1

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 : 10/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-497960

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 3673

Nom de l'adhérent(e) : HANAN DRISSE

Total des frais engagés : 300

Date de dépôt : 10/11/2020

BELEVE 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
09/01/2020	vr. 8-1	1	300,00	INP : Dr SAMI AL Abdellmajid Chirurgien Lec. et de F.M. DE Dijon Le quai d'Azilal - Tel: 31.91.59

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires
	09/11/2014		300000

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Chirurgien

طبيب جراح

Diplômé de la Faculté de Médecine de Dijon
Ancien Interne et Assistant des Hôpitaux de
Franche - Comté

جراحة العظام
جراحة المفاصل

Membre de l'association Française de Chirurgie
Chirurgie Orthopédique
Traumatologie

Casablanca, le 9.11.2020

Dr Hennadj Driss

Rx clavicule l'humérus.

Fracture L1.

Face. av. poitrine

CLINIQUE DU VAL D'AZILAL
19, RUE FRANKLIN ROOSEVELT
CASABLANCA
Tél: 022.36.81.87 - 022.022.39.14
Fax: 022.39.69.36

95 Rue d'Azilal - Tel: 31.91.59
Lauréat de l'Ordre de Mérite de Dijon
DR SAMLAL ABDELMAJID
Chirurgien

CLINIQUE VAL D'ANFA

MULTIDISCIPLINAIRE
19, Bd Franklin Roosevelt
Tél(212)522368787(LG) Fax(212)522391439

F A C T U R E

N° : 3491 / 2020 du 09/11/2020

Nom patient HARADJ DRISS Entrée 09/11/2020
PAYANT Sortie 09/11/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
RADIO RACHIS LOMBAIRE	1.00		300.00	300.00
Total Clinique				300.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	300.00
TROIS CENTS DIRHAMS		

CLINIQUE DU VAL D'ANFA
19, Rue Franklin Roosevelt
CASA
Tél:022368787
022391439
Fax:022391439





REFERENCE :

201109007

DATE :

09/11/2020

PATIENT

HARA DJ DRISS

MEDECIN TRAITANT

EXAMENS REALISES RADIO LOMBAIRE

COMPTE RENDU

Fracture tassement de L1.

Mise en place d'une plaque de fixation.

Signé :

DR. K. BEIYANI