

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR

ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

Réduction :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de réductions.

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

Affection :

- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radiocardiographie est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.
- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Récclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pac@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPIRA'S 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 Allal Ben Abdellah - 8ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Ici...
Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e) : 09721	Matricule : GA DR2VZ	Société : RAM	
Actif : <input checked="" type="checkbox"/>	Pensionné(e) : GA DR2VZ RACHSD	Autre : 164545	
Nom & Prénom : GA DR2VZ RACHSD		Date de naissance : 07-06-1967	Adresse : 17A RA

Tel : **0678061086** Total des frais engagés : **6.222,22** Dhs

Autorisation CNDP N° A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **01 / 06 / 2023**
Nom et prénom du malade : **RAOUF GA DR2VZ** Age : **52**

Lien de parenté : **Luimême**

Nature de la maladie : **ALD**

Affection longue durée ou chronique : **ALD** **ALC**

Pathologie : **Pathologie**

Conjoint

Enfant

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 : 05-26-23
Le : 05-26-23

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT
M23-0013142

Déclaration de maladie

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).

Déclaration de Maladie
M23-013142

Matricule : 09721
Nom de l'adhérent(e) : GA DR2VZ

Total des frais engagés : 6.222,22
Date de dépôt : 05-26-23

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES					
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.					
SOINS DENTAIRES					
Dentes	Nature des Traitements	Soin(s)	Gefficience	Montants	Des soins
ODF. PROTHESSES DENTAIRES					
DETERMINATION DU GEFFICIENT					
MASSTICATORE					
H	25533412	21433552	00000000	00000000	B
H	25533411	11433553	00000000	00000000	B
(Géfaction, remont, adjonction)					
Fonctionnelle, Thérapeutique, nécessaire à la profession					
MONTANTS	DES SOINS	DES TRAVAUX	GEFFICIENT	DES TRAVAUX	MONTANTS
600 J11		360 + 360			600 J11
DATE DU DEVIS					
01/06/2023					
DATE DE L'EXECUTION					
22/06/2023					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION					

