

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Déclaration de Maladie

W21-841495

Demande prise en charge Soin et Optique Thérapie Autres

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'entête 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.
- Les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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'entête 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 une fois par an.

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.

PR4FR05/V2/20-10-2023

<input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Dentaire <input type="checkbox"/> Cadre réservé à l'adhérent (e) <input type="checkbox"/> Société : <input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Nom & Prénom : A. AïSSI ZAKOUR <input type="checkbox"/> Date de naissance : 1949 <input type="checkbox"/> Adresse : CITE R.Ratemi 3, m. 9, n. 11448	<input type="checkbox"/> Optique <input type="checkbox"/> Thérapie <input type="checkbox"/> Autre : 194462 Tél. : 0666211783 Total des frais engagés : Dhs Date de consultation : 10/02/2019
Cadre réservé au Médecin Cachet du médecin : Dr. BENFEDDOUL Samir Chirurgien Dentiste 127, Av. Mers Sultan N° 5 - Casablanca 0522 26 34 54 - Patente : 3139522 meycabinetedentaire@gmail.com	
Nom et prénom du malade : ANISSA ZAKOUR Age : Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : Joint et Prothèse dentaire Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC Pathologie : 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 Mutualité.	
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclarer avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles. Fait à :/...../..... Signature de l'adhérent(e) : X VOLET ADHERENT	

Déclaration de maladie

W21-841495

Remplissez ce volet, découpez le et conservez-le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

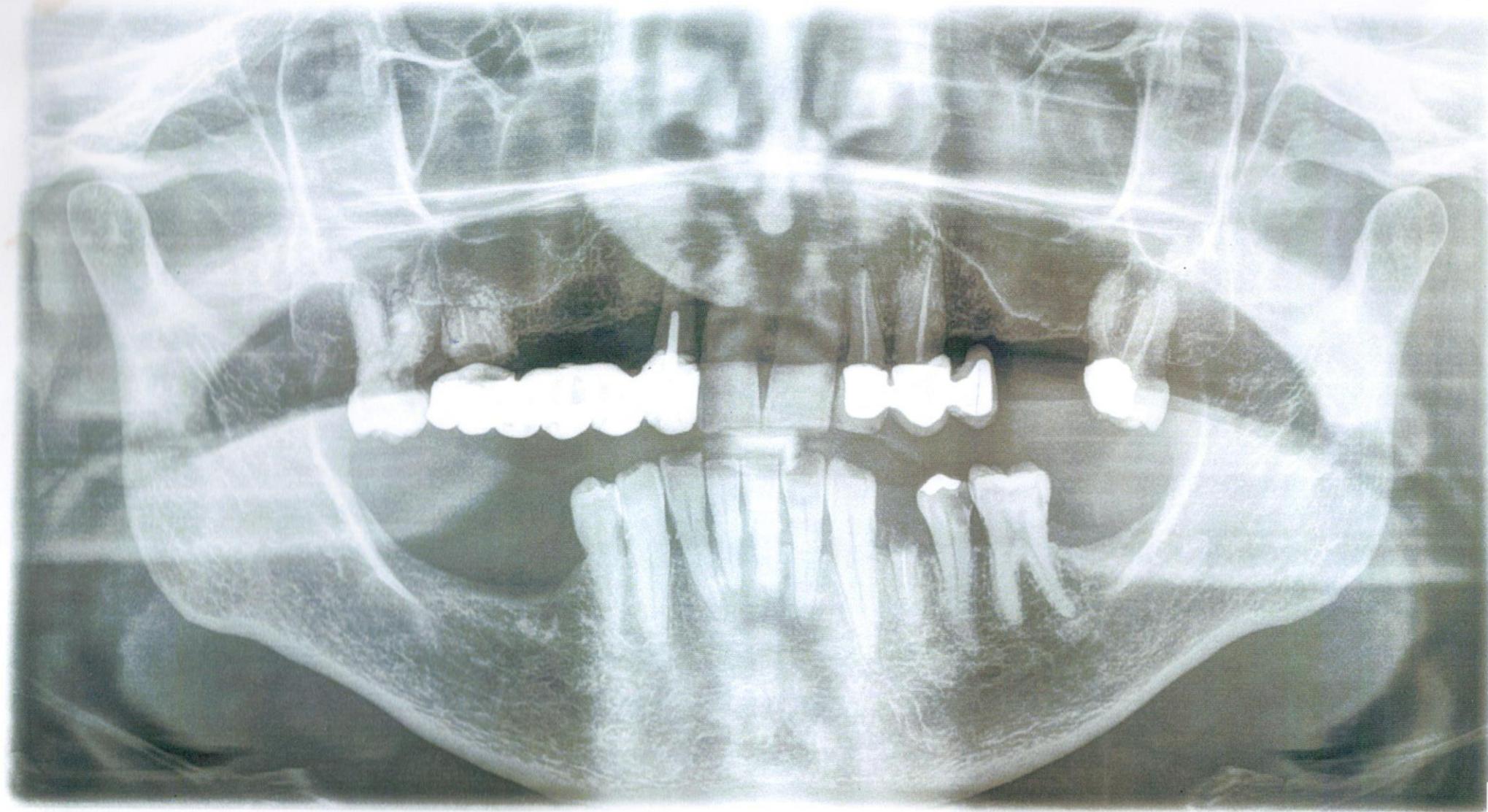
Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

AASSI ZAHRA
01/01/1949

RADIOLOGIE OUED EL MAKHAZINE
11,Rue Alger
20140 Casablanca



RELEVÉ 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

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	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

prise en charge

Important:

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'UDP.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIR

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
25533411	11433553

Dr. BENFEDDOUL Sabria
CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEBUT
127, Av. Mers Soltan N° 5 - Casablanca
Tél.: 05 22 26 34 54 - Paese : 34399522
Email : mercybabinetdentaire@gmail.com

DR. BENFEDDOUL Samir
Cabinet Dentaire
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DE
127, Av. Mers Soltan N° 5 - Casablanca
Tél.: 05 22 26 34 54 - Patente : 34399522
Email : merycabinetdentaire@gmail.com

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DATE DU
REVIS

DATE DU
REVIS

DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

10 of 10