

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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.
- 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'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 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
2379

Société : **R.A.M.**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **HARMI D**

FATIMA

Date de naissance : **2/3/55**

Adresse : **129, Lot UNA Sidi Raouf.**

Tél. : **0669.12.6553**

Total des frais engagés : **150.000 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **29/04/2014**

Nom et prénom du malade : **HARMI D** **Fatima** Age : **59**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Prothèses

Dentaires

Affection longue durée ou chronique : ALD 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 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : **fatima**

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

W21-852225

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODE.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES <i>Ap total haut</i>					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	H				<input type="text"/>
	25533412 21433552				
	00000000 00000000				
D	00000000 00000000	G			
	35533411 11433553				
B					
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					<input type="text"/>
<i>Ap total Haut 2000</i>					<input type="text"/>
<i>Ap de bus (c.p)</i>					<input type="text"/>
<i>3536.37 15.46 et/et 3000</i>					<input type="text"/>
<i>Ap</i>					<input type="text"/>
<i>Mash 10.05 25 32 36</i>					<input type="text"/>
<i>25 Rue Souffre lez Esneux</i>					<input type="text"/>
<i>Chimie et Dent</i>					<input type="text"/>
<i>Debut NDA 11/11</i>					<input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					<input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION					<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"/>
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"/>

RADIOLOGIE SOCRATE

HAMID FAIMA

Date de naissance: 02/03/1955

Identification du patient: A6A6DB5B-5AFE-47DF-92FA-0A5BD7EF7EBA

29/04/2024 15:33:23
[EXPOSITION TOTALE EXAMEN]
108.000 mGy/cm²
14.20 s
Image 5 de 5
74.00 kV
7.00 mA

