

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 Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (16) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-415310

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	3660	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Sedki Salaheddine			
Date de naissance : 05/05/1960			
Adresse : 325 Groupe Zenata AL 1008 Seddbernoussi Casab			
Tél. : 06 67 04 90 Total des frais engagés : 2000 Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 25 JUIL. 2019			
Nom et prénom du malade : Sedki Stephie, Age: 55			
<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Nature de la maladie : Soins dentaires <input type="checkbox"/> 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 Casab 25 JUIL. 2019
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	
N° W19-415310	
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 :	3660
Nom de l'adhérent(e) :	Sedki Salaheddine
Total des frais engagés :	2000
Date de dépôt :	19 SEP. 2019

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.				
	SOINS DENTAIRES Dents Traitées 81 out 08 71 out 08 881 082 <i>Docteur Zoubir BASSIRI</i> Médecin Dentiste Cabinet n° 13, 1er étage 22, Avenue de l'Indépendance Casablanca Tél: 022 22 73 82 67	Nature des Soins Coefficient INP: 11111111 COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION CCOEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION	INP: 11111111	
			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
			MONTANTS DES SOINS	
			DEBUT D'EXECUTION	
			FIN D'EXECUTION	
			CCOEFFICIENT DES TRAVAUX	
			MONTANTS DES SOINS	
			DATE DU DEVIS	
			DATE DE L'EXECUTION	
			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

Docteur Zoubir BASSIRI

Medecin Dentiste



الدكتور زوبير بصيري

طبيب جراح للأسنان

Facture N° 771/19

25 JUIL. 2019

SIEDKI SOPHIA

~~⊗~~ Soin Dentaire , Dr 6

~~⊗~~ Honoraires = 200,00 DT

(Pour deux dents) 150

BB

DR

Docteur Zoubir BASSIRI
Médecin Dentiste
Bd. N° 113, 1er étage
Hay Al Qods - Bernoussi
Tél : 0522 387 87 - Casablanca