

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

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

ntaire :

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 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 14 21 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BOUCHOURI ABDEL MAJID

Date de naissance : 08 - 04 - 1954

Adresse : n° 123 Rés. SEKKAT Bd ABOU AL WAQT

Bourgogne

Tél. : 06 61 06 22 73 Total des frais engagés : 600 000 Dhs



Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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) :



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

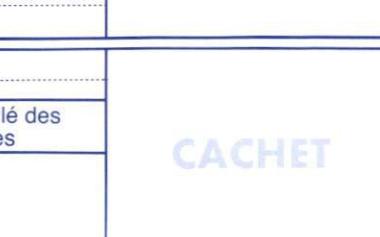
Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient																	
		Maxillaire Dentition 2x Dentition 2x	D12 D12 D24 Montant des soins 4000 Dh Début d'exécution 05/08/19 Fin d'exécution 09/08/19	Coefficient des travaux Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution																
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire																			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <th>D</th> <th>25533412 00000000</th> <th>21433552 00000000</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H		G		D	25533412 00000000	21433552 00000000	G		00000000	00000000			35533411	11433553	
H		G																		
D	25533412 00000000	21433552 00000000	G																	
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Dr. Salima ZOHIR Chirurgien Dentiste 165 Boulevard de Bourgogne Casablanca Tel: 05 22 48 37 72																		

VOLET ADHERENT	NOM :
DECLARATION N°	P 14 / 0010336
Date de Dépôt	Montant engagé
25/09/19	4000 Dh
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle	

Cachet
MUPRAS

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 2421	 Signature de l'adherent		
Nom & Prénom		BOUCHOUIREB ABDELMAJID			
Fonction	RETRAITÉ	Phones 0664062273			
Mail					
MEDECIN	Prénom du patient	ZAKARIA			
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input checked="" type="checkbox"/>	Age 1994 Date 05/08/19		
Nature de la maladie					
Débroulage bimillénaire, soins dentaires S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances					
Nature des actes Montant détaillé des honoraires		 Dr. Salima ZOHIR Chirurgien Dentiste 165 Boulevard de Bourgogne Casablanca Tel: 05 22 48 37 72			
PHARMACIE	Date	 Signature et cachet du Pharmacien			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date			
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires			
		 CACHET			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date			
Nombre		 CACHET			
AM	PC	IM	IV	Montant détaillé des Honoraires	