

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

Biologie 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.

Éducation :

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

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 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

17823

FATIHA

Cadre réservé à l'adhérent(e) Matricule : 12767 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TAGEMAOUTI Amina

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 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.

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-344791	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
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		



W18-344791

DATE DE DÉPOZIT

...../...../201..

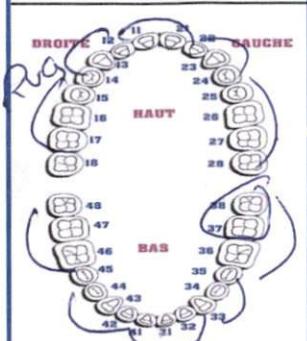
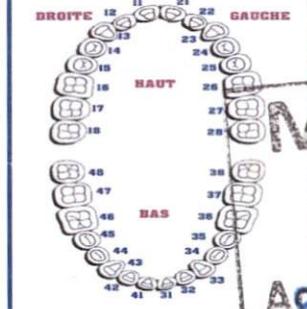
A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	12767	Signature de l'adhérent Signature de l'adhérent
Nom & Prénom		AMINA TAGEMOUATI		
Fonction :		Phones		
Mail				
MEDECIN		Prénom du patient		AMINA TAGEMOUATI
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age		Date
Nature de la maladie				Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
PHARMACIE		Date		
Montant de la facture				
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES		Date :		
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	

SOINS ET PROTHÈSES 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 traitements dentaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient
		3 16 3 F	Consultation	DS
		45	H.A.M	DS 25/26 27 28
		37		DS 4
		35 36 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47	05 AVR 2018	Manque d'air
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		
		D	H	G
		25533412 00000000 00000000	21433552 00000000 00000000	
		35533414	11433553	
MUPRAS (Médicalisation, Remont, adjonction) Portefeuille, thérapeutique, nécessaire à la profession 21 MARS 2013				
A CHAUDIÈRE PARIS Aut N° 7751 - 5, rue Mahmoud Timour Qt. Gauthier Tel. 22 13,43 - Casab				

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme 12767

Nom & Prénom : AGEMOUATI Amira

Fonction : Chargé de déplacement, Phones OS 22 499666.

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent Conjoint Enfant Age 25/11/1981 Date 17/02/2018

Nature de la maladie

Sous Dentaire

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires

PHARMACIE

Date

Montant de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

CHERRADI EL FADILI Hossame dine
Docteur en chirurgie dentaire

CES de prothèse scellée
CES de prothèse totale
D.U Anatomie Clinique
Occlusodontie
Parodontologie
Implantologie

Casablanca, le 17/02/2018

✓ Aezgari Aziat

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-dessous la note d'honoraires correspondant aux soins suivants qui vous ont été dispensés.

02/01/2018	Consumption	300,00
02/02/2018	Bia 40% alc	1500,00
05 Avril 2018	Kantao BA	
manque client ??		
		1800,00
	Niag fruit cere	DIRMAON

En votre aimable réglement
Guy Chépau

CHEURADI EL FADILI Hossame dîne
Docteur en Chirurgie Dentaire
CES de prothèse Scellée
CES de prothèse totale
Aut N° 7751 - 5, rue Mahmoud Timour
Qt. Gauthier - Tél.: 22.13.43 - Casa