

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

itions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

ologie 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.

que :

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.

taire :

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.

adie 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 00487 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEN Ali Bouchaib

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19-043050

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 :

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient
DROITE	GAUCHE			
12 13 14 15 16 17 18	23 24 25 26 27 28			
48 47 46 45 44 43	38 37 36 35 34 33			
42 41 31	32			

O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux
DROITE	GAUCHE	D	H	
12 13 14 15 16 17 18	23 24 25 26 27 28	25533412 00000000	21433552 00000000	
48 47 46 45 44 43	38 37 36 35 34 33	00000000 35533411	00000000 11433553	
42 41 31	32			

Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution	
---	--	--	--

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 487	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom BENOUAÏD Bachaïb			
Fonction	Phones		
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient Abakar		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Date 06/09/19
Nature de la maladie <i>stomatite</i>		Date 1ère visite <i>06/09/19</i>	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
G		150000	
PHARMACIE	Date 06/09/2019		Signature du pharmacien PHARMACIE DE LA WILAYA Zekra Abdellatif Docteur en pharmacie Bd Oued Bouamra 50 Casablanca Tel: 0522 30 51 13 Fax: 00157327300063
Montant de la facture	268,30		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date 03/09/2019		CACHET	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX Date 03/09/2019		CACHET	
Nombre	Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV

EXPERT ASSERMENTE PRES LES TRIBUNAUX
Diplômé de l'Université de Montpellier 1
PREVENTION ET DEPISTAGE EN GYNECOLOGIE

ECHOGRAPHIE



خبر محايلدى المحاكم
خريج جامعة مونبليي
الفحص بالصدى

Casablanca, le :

06/08/19.

BENOISLA Oulka

- Spirometre loop
C 12 g le an

126,00

- Ecclav. R. P. (16 te 46)
C 12 x 2

144,30

- IDOX loop (60)
C jet (- mili gr)

T = 268,30



144,30

LOT 19004

PER 03/22

PPV 144 DH 30

124,00