

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

Education :

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.

Prothésiste :

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 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



Déclaration de Maladie

Nº P19- 0043614

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1192 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom : RABIA RAHMA

Autre :

Date de naissance :

Adresse : 02/07/19 Sidi Maârouf Avenue Essaada I

Tél. : 06 14 29 41 89 Total des frais engagés : 11,720 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 : CASABLANCA Le : 04/09/2019

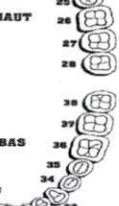
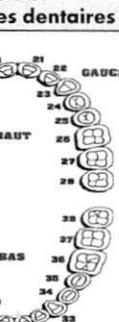
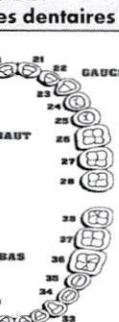
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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 cénaillaires, ainsi que le bilan de l'ODT.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des
					Montant des soin
					Début d'exécution
					Fin d'exécution
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux
		H D - 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553		Montant des soin
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis
					Fin de
VOLET ADHERENT		NOM : <i>RAMIRAN Chetai</i>			Mle <i>1192</i>
DECLARATION N°		W18-402545			
Date de Dépôt	Montant engagé		Nbre de pièces Jointes		
<i>2/09/19</i>	<i>11790</i>		<i>03 Pièces</i>		
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					



W18-402545

DATE DE DEPO

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme <i>1196</i>	<i>JES</i>	
Nom & Prénom <i>RAY RAY CHIFFI</i>				
Fonction : <i>Retraité</i>	Phones... <i>0616 29 41 89</i>			
Mail				
MEDECIN		Prénom du patient		
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 <i>2-9-19</i>		
Montant de la facture		<i>117.20</i>		
ANALYSES - RADIOPHARIES		Date :		
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :		
Nombre				
AM	PC	IM	IV	
				Montant détaillé des Honoraires

CACHEI

CASA Le 2.9.19

Facture

N° 33

M: CHARII Rue
Roum

Quantité	Désignation	P. Unit.	P. Total
----------	-------------	----------	----------

1	diamicet 50	7870	7870
1	doliprane 500	1580	1580
1	Rinomune	2270	2270
		(
		11720	

(Ameublement prescrit, frelin

à la demande de Cert

du 25 Sept JH 20 (HS)

PHARMACIE MAHMOUD
Mme. KHALIL Meryem
34, Lot. Saada III - Sidi Madrouf
Casablanca

P P V 150 H 8
PER 03 / 2
LOT 1760

15,80



ት.ኩ.መ.ማሪ የኢትዮጵያ ተስፋዕስ መመሪያ
መመሪያ ድንብ ማመልከት

22,70

242600060-02

78,20