

VARIANTES 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.

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.

Opticien :

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

Clarification : contact@mupras.com
Personne 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 personnelles.

Siège : 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 : 1196 Société : RAM RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : RAM RAM CORAFO

Date de naissance : 02/03/19

Adresse : Sidi MAALOUF ESSAADA IM 225

Tél. : 06 14 99 01 89 Total des frais engagés : 49,50 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 : 01/10/2019

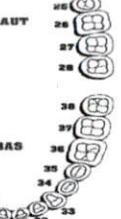
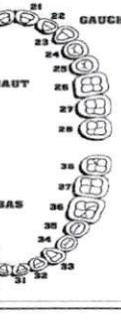
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des
					<input type="text"/>
DROITE 12 11 21 22 GAUCHE					Montant des soins
13 14 23 24					<input type="text"/>
15 16 HAUT 25 26					Début d'exécution
17 18 27 28					<input type="text"/>
19 20 29 30					Fin d'exécution
23 24 31 32 BAS 35 36					<input type="text"/>
33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48					Coefficient des travaux
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire				<input type="text"/>
		H D 25533412 00000000	G 00000000 35533411 21433552 00000000 11433553		Montant des soins
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			<input type="text"/>
					Date du devis
					Fin de
VOLET ADHERENT	NOM : <i>RAMIRAM CHAT</i>		Mle <i>1196</i>		
DECLARATION N°	<i>W18-402546</i>				
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces jointes			
<i>02/09/19</i>	<i>457,50</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 Mutualité					



W10-45

DATE DE DEPO

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme	1196
Nom & Prénom : RAM RAM CHIA FAI			
Fonction :	Rehéros	Phones.	0614294189
Mail			

MEDECIN	Prénom du patient			
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" 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 2.9.19

457.50

ANALYSES - RADIGRAPHIES		Date :
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	

AUXILIAIRES MEDICAUX				Date :
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	
				CACHET

Case Le 2-9-19

Facture

Nº 32

M: MARIAH SPARRE

Quantité	Désignation	P. Unit.	P. Total
3	Lantus Style	1/250	457.50
Arrebeé le présent feuille à la suite de l'quête Cet ainsuite Sept 31			
Socks 2)			
			

