

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

rmacie :

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.

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.

die et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 8 mois.

Adresses Mails utiles

Reclamation : 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.

RAS : 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 :	1316	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		TOOTAH SMAIT	
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 :

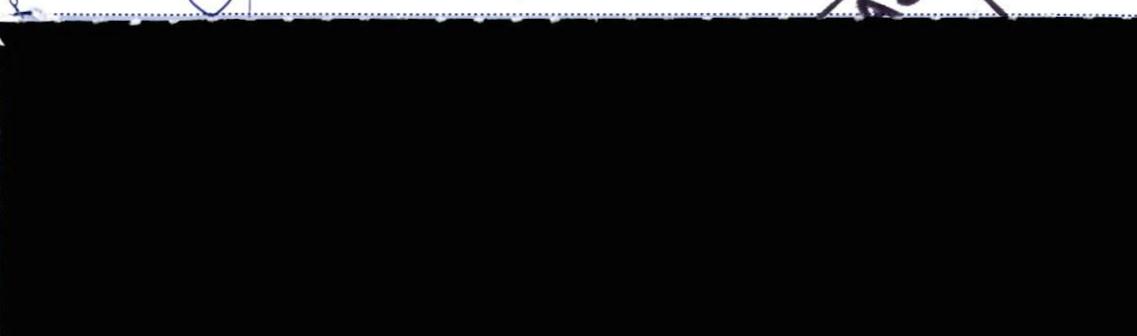
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution Coefficient des travaux Montant des soins Date du devis Fin de						
O.D.F. Prothèses dentaires											
Détermination du coefficient masticatoire											
<table border="1"> <tr> <td>D</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000 00000000 35533411</td> <td>21433552 00000000 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession </td> </tr> </table>						D	H	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession	
D	H										
25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553										
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession											

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-395818	
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		



W18-395818

DATE DE DEPOT

/...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle <i>13/16</i>				
Nom & Prénom <i>TOUFAH SMAIL</i> Fonction : <i>Reh</i> Phones : Mail :				
MEDECIN Prénom du patient <i>TOUFAH SMAIL</i> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age : Nature de la maladie <i>Vulvite</i>		Date : <i>12 JUL 2019</i> Date 1ère visite		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances 				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
<i>C</i>		<i>600 DH</i>		
PHARMACIE Date <i>12/07/19</i> Montant de la facture		 <i>R = 304,00</i>		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date :				
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires			
AUXILIAIRES MEDICAUX Date : Nombre AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires				

Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté

Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الكزوولي

طبيب محلّف

خبير لدى المحاكم

Casablanca, le :

12 JUL 2019

الدار البيضاء، في:

Mr ROUFARI SOUAD

8.00

28,00

efasac



226,00

99,00

00
00
00
00
00
00



= 304,00

PHARMACIE HAY EL HASANI
Dr. AKOUM KARIM
59-52, Lot 3, Mousini Rue 2
Hay Hassani - Casablanca
Tél.: 05 22 90 35 22

Dr. Saïd GZOULI
Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux
Route de la Polyclinique Hay Hassani
Mazola, Hay Hassani - Casablanca
Tél. : 022.90.70.88 - Fax : 022.90.44.66

طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 05 22.90.70.88 - E-mail : drgzsa@gmail.com