

RECOMMANDATIONS 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.

Prothétique :

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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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 : 2731 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HICHAM LATIYA

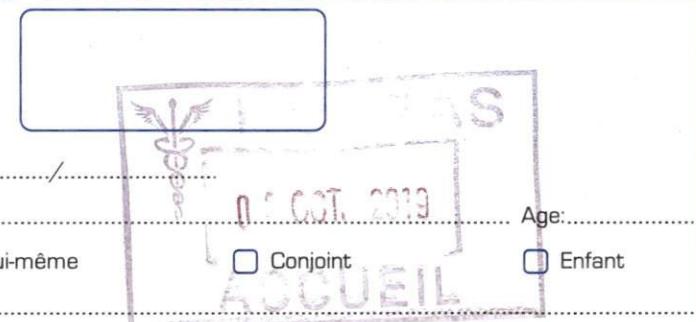
Date de naissance : 15/03/56

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 0694 606038 Total des frais engagés : 43,90 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) : L. CLA

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 • • Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution Coefficient des travaux Montant des soins Date du devis Fin de | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|--|---|------------------|----------------------|---|---------------|--|--|--|---------------|--|----------------------|--|----------|----------|----------------------|--|----------------------|--|----------|----------|----------------------|--|----------------------|--|----------|----------|----------------------|--|----------------------|--|----------|----------|----------------------|--|----------|--|--|--|----------|--|---|--|--|--|---|--|
| DROITE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 11 21 22 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 14 23 24 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 16 25 26 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 18 27 28 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 20 29 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21 22 31 32 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23 24 33 34 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25 26 35 36 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 27 28 37 38 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| GAUCHE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 42 41 31 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 43 44 32 33 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 45 46 35 36 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 47 48 37 38 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HAUT | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 49 50 51 52 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 53 54 55 56 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 57 58 59 60 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 59 60 61 62 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F. | | Détermination du coefficient masticatoire | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Prothèses dentaires | | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">DROITE</td> <td></td> <td></td> <td colspan="2">GAUCHE</td> </tr> <tr> <td colspan="2">12 11 21 22</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td colspan="2">12 11 21 22</td> </tr> <tr> <td colspan="2">13 14 23 24</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td colspan="2">13 14 23 24</td> </tr> <tr> <td colspan="2">15 16 25 26</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td colspan="2">15 16 25 26</td> </tr> <tr> <td colspan="2">17 18 27 28</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td colspan="2">17 18 27 28</td> </tr> <tr> <td colspan="2">H</td> <td></td> <td></td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td></td> <td></td> <td colspan="2">G</td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | | DROITE | | | | GAUCHE | | 12 11 21 22 | | 25533412 | 21433552 | 12 11 21 22 | | 13 14 23 24 | | 00000000 | 00000000 | 13 14 23 24 | | 15 16 25 26 | | 00000000 | 00000000 | 15 16 25 26 | | 17 18 27 28 | | 35533411 | 11433553 | 17 18 27 28 | | H | | | | G | | D | | | | G | |
| DROITE | | | | GAUCHE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 11 21 22 | | 25533412 | 21433552 | 12 11 21 22 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 14 23 24 | | 00000000 | 00000000 | 13 14 23 24 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 16 25 26 | | 00000000 | 00000000 | 15 16 25 26 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 18 27 28 | | 35533411 | 11433553 | 17 18 27 28 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| H | | | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | | | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VOLET ADHERENT NOM : HICHAM LATIFA

Mle 8731

DECLARATION N° W17-137333

Date de Dépôt Montant engagé Nbre de pièces Jointes

Syri 19 54,30

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



W17-137333

DATE DE DEPOT

.....1.09....2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 8731

Nom & Prénom : HICHAM LATIFA

Fonction : Retraité Phone : 06 24 60 60 38

Mail :

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent Conjoint Enfant 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 : 05/08/19

Montant de la facture

54130

PHARMACIE MZOURA
Dr. MEHDI BENMAKHLOUF
Tél : 06 61 06 92 32

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

| | | | |
|--------|---------------------------------|----|----|
| Nombre | Montant détaillé des Honoraires | | |
| AM | PC | IM | IV |

~~MZOURA~~
LADI BENMARCHLOUF
tel: 06 61 06 92 32

Le 05/08/19
Facture N° 2
M: HICHAM LATIFA

PPV (DH) :

LOT N° :

UT.AV. :

14130

AVANT UTILISATION.

En cas de surdosage,
consultez la notice.

Numéro de l'Autorisation de Mise sur le Marché :
530/14 DM/P/21/NCV

MATIN MIDI SOIR DUREE

LOT: 0240
PER: FEV 2021
PPV: 20 DH 00

gsk

Qualité
Garantie
Panadol

PHARMACIE MOUAD
DI MEHDI BENMKHOUF
TEF: 06 61 06 35 35