

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

litions 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.

ique :

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.

ntaire :

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.

ladie 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 : 9615 Société : Actif Pensionné(e) Autre :Nom & Prénom : AIT HEMMO LAHCEN

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 :

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 P19-027379**

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).

MUPRAS

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux
DROITE	GAUCHE				Montant des soins
11	21				Début d'exécution
12	22				Fin d'exécution
13	23				
14	24				
15	25				
16	26				
17	27				
18	28				
19	29				
20	30				
21	31				
HAUT	BAS				
41	32				
42	33				
43	34				
44	35				
45	36				
46	37				
47	38				
48	39				
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			
DROITE	GAUCHE	H			
11	21	25533412	21433552		
12	22	00000000	00000000		
13	23	00000000	00000000		
14	24	35533411	11433553		
15	25				
16	26				
17	27				
18	28				
19	29				
20	30				
21	31				
HAUT	BAS				
41	32				
42	33				
43	34				
44	35				
45	36				
46	37				
47	38				
48	39				
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession					



W18-384972

DATE DE DEPOT

/201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle

96NB

Nom & Prénom

Fonction

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent

Conjoint

Enfant

guenzagui Fatima

Date 02/10/19

Date 1ère visite

Nature de la maladie

Anæstésie

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

CS

200 DH

PHARMACIE

Date

Montant de la facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

Dr. Joundy Amine
DOC DOMICILE URGENT
ALAMAL 3 Rue 20 N 18
SIDI BERNOUSSI CASABLANCA
Tél : 0670709070/0689212111

02 OCT. 2019
LACHET

LACHET



Consultation à domicile
Visite d'urgence à domicile
Soins infirmiers à domicile
Transport médicalisé et non médicalisé
Evacuation et rapatriement sanitaire
Couverture médicale d'événements

Dr. Joundy Amine
DOC DOMICILE URGENT
Al Amal 3 Rue 20 N° 13
Sidi Bernoussi Casablanca
Tél : 0670709070/0689212111

Le: 02/10/15

ORDONNANCE

guenzsoni Fatima

- Injecter en IM

de Diaphorine

- Injecter en IM

de Profenol

Dr. Joundy Amine
DOC DOMICILE URGENT
Al Amal 3 Rue 20 N° 13
Sidi Bernoussi Casablanca
Tél : 0670709070/0689212111