

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.

ologie 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.

ue :

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.

ire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

ie 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.

ddresses Mails utiles

clamation : contact@mupras.com

ise en charge : pec@mupras.com

hésion 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.

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 : N° S19- 0018340

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 975 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MAFFARY FATIMA Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0522484946 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 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le/...../.....

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 <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>					

O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire									
		<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000 00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> </table> (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			D	H	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	G		
D	H										
25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553										
G											
Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>											

Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution		
---	--	--	--	--

VOLET ADHERENT	NOM :	Mme	
DECLARATION N° P 14 / 0007786			
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			

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 975	Signature de l'adhérent		
Nom & Prénom H AFFARY Fatima					
Fonction Retraitee		Phones 0512484946			
Mail <input type="text"/>					
MEDECIN	Prénom du patient				
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age		
Date					
Nature de la maladie					
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances					
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires			
PHARMACIE	Date 26/10/2019				
Montant de la facture					
		79-7			
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES		Date			
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date			
Nombre		Montant détaillé des Honoraires			
AM	PC	IM	IV		

PHARMACIE ET MANAR
Signature et cachet du Pharmacien
48 Avenue Mohamed V Casablanca

CACHET

CACHET

CACHET

HAFFARI AZIZA



Le : 26/10/2010
 CASA S.A.R.L. AU.
 48, Avenue Mehdi Ben Berka Bourgogne
 CASABLANCA

Facture N° 320525

Quantité	Prix unit	Designation du produit	Tx remise	Montant
1	79,70	AZITHRIX 500MG BT/3 CP	0,00	79,70

REMISE :	0,00	TVA	5,21	Total :	79,70
----------	------	-----	------	---------	-------

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :soixante dix neuf dirhams soixante dix centimes

Le : 26/10/2010
 CASA S.A.R.L. AU.
 48, Avenue Mehdi Ben Berka Bourgogne
 CASABLANCA