

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.

Radiologie 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.

Rééducation :

- 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.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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

La 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 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° W19-445435

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6229 Société : S.E.B.A. KAMAL

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : S.E.B.A. KAMAL

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/03/2020

Nom et prénom du malade : SEBTA KAMELIA

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Kératite - cataracte - glaucome

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 N° W19-445435

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).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

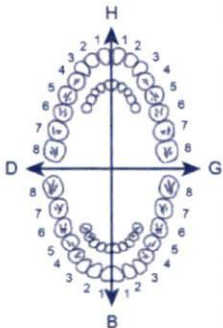
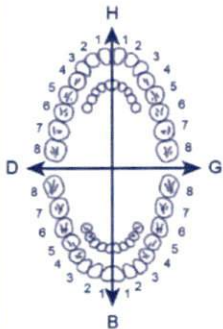
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>											
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>											
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>									
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FIN D'EXECUTION <input type="text"/>								
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
				<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	B	
				H											
	25533412			21433552											
	00000000			00000000											
	B														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553						
	D	G													
	00000000	00000000													
	35533411	11433553													
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
		<input type="text"/>													
<input type="text"/>															
		<input type="text"/>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
		<input type="text"/>													
		<input type="text"/>													
			<input type="text"/>			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>									
			<input type="text"/>												
			<input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

LOT : 9MA104
PER: 05/2021

PERIDYS 1MG/ML
SUSP 8UV F200ML

P.P.V : 37DH10



26,50

ORDONNANCE

30,80

Dr. EL ATOUANI HIR.
Médecine Générale
73, Lot Hamza Sidi Maarout
Casablanca. Tél: 0522.32.13.15

Le: 04/03/2020

صيدلية النسيم
Pharmacie Nassim
Dr. Bennouna Soumaya
318, Lot. Nassim Islane Lissasfa
Casablanca - Tél: 05 22 93 85 98

94,40

L'afant SEBTI CALELA

37,10

Peridys

1 dose de 20kg x 3/4 1/2 h avant repas

30,80

Trimebut

1 cuc 1/2 x 3/4

30,80

30,80

oregen

Dr. EL ATOUANI HIR.
Médecine Générale
73, Lot Hamza Sidi Maarout
Casablanca. Tél: 0522.32.13.15