

RENDRE LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Dentaire :

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.



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 21.84

Société : 36691

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ELLOUAFI HOUNA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.88.84.87.74 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 DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient 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			
		H			
D	25533412 00000000	21433552 00000000			
	00000000	00000000			
	35533411	11433553			
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			
VISA et cachet du praticien attestant le devis		VISA et cachet du praticien attestant l'exécution			
VOLET ADHERENT NOM: ELOUAFI MOUNA		Mle 2484			
DECLARATION N° W18-350801					
Date de Dépôt 12/18/2020	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		Mle 2484	Signature de l'adhérent Signature de l'adhérent
Nom & Prénom ELOUAFI MOUNA - Vente NAIM			
Fonction: Retailié	Phones: 06188184/87/74		
Mail			
MEDECIN Prénom du patient ELOUAFI Naima			
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age 58
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances <i>Docteur Errabir Hay Mazola - 22, Bd. Ourika, Casablanca - Tel: 05 22 85 16 52</i>			
Nature des actes Co		Nbre de Coefficient 11 359	
		Montant détaillé des honoraires 11 359	
PHARMACIE		Date 16.10.2020	
Montant de la facture		PHARMACIE OCEAN BAY <i>27, Ocean Bay Dar Bouazza - Filiale Zoual Fouad - 27, Ocean Bay Dar Bouazza</i>	
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES		Date :	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :	
Nombre AM PC IM IV		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
CACHET			
		CACHET	

28/03
- tricouines solutus

Broel 15/2

SV

500mg

- peripheen aenp adduktus

1/2 aenp 15/2

Chex

Mao 1/2

- Brocops coprol

peppermint, Rose

- peripheen sharper repousse (gaum vert)

~~HARPHACIE OCEAN BAY~~
Dr. Filali Aoual Fouad 20 Urea
127, Ocean Bay
Dar Bouazza

Docteur Amina LATIFI Ep. HALLI
Dermatologie - Venerologie
102, Bd Oum Errabi Hay Mazraa
Résidence Selma 1^{er} Etage - Casablanca
Tél.: 05 22 89 76 52

- laga aen toleren derme nello

!

- Geneskin left haan gel aenlo op

1/2 aen 15/2

- Fkler sores

!

1/2 aen 15/2

vitam

- Rebonil s repel

vitam

1/2 aen 6/2

- reen senti neet solen heel 8/2 6 m

Docteur Amina LATIFI Ep. HALLI
Dermatologie - Venerologie
102, Bd Oum Errabi Hay Mazraa
Résidence Selma 1^{er} Etage - Casablanca
Tél.: 05 22 89 76 52