

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

armacie :

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.

ctique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

aladie 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 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

N° P19- 061801

Optique *47380* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *2675* Société : *RAD*

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : *MOURSI F Dina*

Date de naissance : *15/01/57*

Adresse : *Cité SARAH 1 Rue 92 N° 81 Casablanca*

Tél. : *06 17 65 38 11* Total des frais engagés : *6150 Dhs*

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

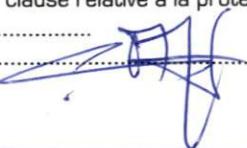
Nature de la maladie :

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 : *15/11/2020*

Signature de l'adhérent(e) : 

SOINS ET PROTHÈSES 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
DROITE	11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32	1			
GAUCHE	21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48				
HAUT					
BAS					
ODF. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			
DROITE	11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32	H			
GAUCHE	21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553		
HAUT		D	G		
BAS					
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession					
VOLET ADHERENT		NOM :			
DECLARATION N°		W17-103846			
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 **Mle**

Nom & Prénom

Fonction : Phones:

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 13/11/2012

 Montant de la facture
 61,50

 PHARMACIE PORTÉ D'ANFA MARAU
 Bouchra AMAR
 197, Bd. Bourgogne - Casablanca
 05 22 36 92 59 - RC : 447169
 Tél. : 05 22 36 92 59 - 05 22 36 92 59 - IDE : 002312695000015

ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date :

Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX Date :

Nombre	Montant détaillé des Honoraires			
AM	PC	IM	IV	

PORTE D'ANFA SARL AU

PHARMACIE PORTE D'ANFA

197 BD Bourgogne

CASABLANC

ICE002312695000015

Patente: 35653328

NPE 8092048918 Facture N°: 589 626

Ref N°: 13/11/20/ 8

Client: Client Comptoir *

Libellé Produit	Forme	Qté	Prix unitaire	Total PPM
MOBIC 15MG/14 COMPRIME	CO	1	61,50	61,50
Total à Payer:				61,50

La présente facture est arrêtée à la somme de:

SOIXANTE ET UN DIRHAMS CINQUANTE CENTIMES###

Le : 13-novembre-2020

PHARMACIE PORTE D'ANFA SARLAU
Bouchra AMAR
197, Bd. Bourgogne - Casablanca
Tél.: 05 22 36 92 59 - RC : 447169
IF : 37734689 - ICE : 002312695000015