

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 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.

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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-584884

134558

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Mohamed

Société

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom

Date de naissance

Adresse

Tél. :

ASSIRI KHAL

21/07/1971

Hay Jana, rue S n° 64 bis AM.

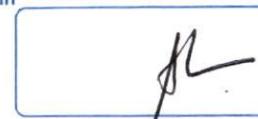
Casablanca

Total des frais engagés :

69,90 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 :

Casablanca

Le :

16/09/2022

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉSIF

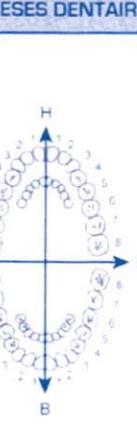
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TISSIR Dr. Salwa HAJOUI Bd. A N° 58 Hay Massalha Casablanca Tel.: 0522 10 10 10	16/09/22	69,90

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	



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																									
Le praticien est prie de preciser la dent traitee, l'acte pratique en indiquant la nature des soins																									
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de protheses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.																									
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitees	Nature des Soins	Coefficient																					
				INP : <input type="text"/>																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																					
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table> <p>[Creation, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique necessaire a la protection</p>		H		G	25533412	21433552		00000000	00000000		D			00000000		00000000	35533411		11433553	B		G	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		G																							
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
D																									
00000000		00000000																							
35533411		11433553																							
B		G																							
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																					

PHARMACIE TISSIR 2

DR. HAJOUI SALWA

AV. A N° 58 HAY MOHAMMADI

CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 31916566

N° R.C. : 382242

N° CNSS: 8302242

N° ID.F. : 40707250

Tel : 0522626701

N° ICE 001663777000079

Fax

YASSIR KAMAL

I.C.E. :

CASABLANCA

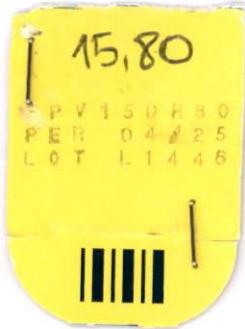
Le : 16/09/2022

FACTURE N°: 2122/22

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
1	DOLIPRANE 500 EFF	15,80	7	15,80
1	LARMABAK COLLYRE	54,10	7	54,10
TVA 7%:		4.57	Total :	
				69,90

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

SOIXANTE NEUF DIRHAMS ET QUATRE-VINGT DIX CTS



PHARMACIE TISSIR 2
Dr. Salwa HAJOUI
Bd. A N° 58 Hay Mohammadi,
Casablanca Tel: 0522 62 67 01