

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

Déclaration de maladie

Nº M21- 073501

MUPRAS RECEPTION

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	02654	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		ZEMMAT MOHAMED N 67334	
Date de naissance :		10-04-1958	
Adresse :		HABIB TUCICE	
Tél. :		06.19.01.67.44	Total des frais engagés : Dhs
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Domicile : 003 32-72-34 Cabinet : 40-05-89 97, Bd. Abdellah Ben Yacine			
TIRURGENIEN DENTISTE TOUFI LEFIMA TIRURGENIEN DENTISTE 7, Bd. Abdellah Ben Yacine Cabinet : 40-05-89 Domicile : 003 32-72-34			
Date de consultation : 18/10/2022			
Nom et prénom du malade : Zemmat Zinet née 1960 Age: 60			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Devise pour prothèse dent			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 1000 90			
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 : 14/10/2022			
Signature de l'adhérent(e) : 			

Dates des Actes	Nomb Cœff	RAIRES
Zinck Radio apres		Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

Cachet ou du compteur	Date	Montant de la Facture

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

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

Docteur LEPINA IRINA
CHIRURGIEN DENTISTE

197, Bd. Abdellah Ben Yassine
Bélvédère - Casablanca
Tél.: 0522.40-05-89
INP: 94015856 - ICE: 001777119000001

الدكتورة ليينا إيرينا
طبيبة جراحية للأسنان

197، شارع عبدالله بن ياسين
بلقيدير - الدار البيضاء
الهاتف: 0522.40-05-89

Casablanca, le

22.06.2023

11^{me} Femmes
Kine

nee 1960

bridge 3 ces me
44, 49, 46
D540

4500 ad

ME

DOCTEUR LEPINA IRINA
CHIRURGIEN DENTISTE
197, Bd. Abdellah Ben Yacine
Cabinet 1 40-05-89
Tél. Domicile: 03 32 72 40