

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-791235

176574

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société :	
Matricule : 13426		Nom & Prénom : Benhmed Abdellah	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Date de naissance : 31/01/1951		<input type="checkbox"/> Autre :	
Adresse : Avenue, Bld 11, Fmce, A 1121		Bennihi CSC	
Tél. : 061 266 37 12		Total des frais engagés : 300,00 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 28/10/2023	
Nom et prénom du malade : BENHMED Abdellah RACHID	
Age: 75 SEP 2023	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Dermatosie	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidentiel 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 : 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 28/10/2023



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
23/02/23			300,00	INP : 091164 089
				Signature : [Signature]
				INP : 091164 089

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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

ST ADHERENT

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																															
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																												
INP : <input type="text"/>																															
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																															
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																															
DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>																															
FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>																															
ODF PROTHÈSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																														
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		G		25533412	00000000	21433552	00000000					D		G		00000000	35533411	00000000	11433553					B			
	H		G																												
	25533412	00000000	21433552	00000000																											
	D		G																												
	00000000	35533411	00000000	11433553																											
	B																														
	(Création, remont, adjonction)																														
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession																															
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																															
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																															
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																															
DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																															