

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

- 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 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



Déclaration de Maladie

N° W19-482344

14383

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 09726		Société : RAS	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	SAADI Akhib
Nom & Prénom : BENKIRANE		Date de naissance :	
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés : 52,00 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : 20/10/19
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie N° W19-482344	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Matricole : 09726	
Nom de l'adhérent(e) : ACCUEIL	
Total des frais engagés : 52,00 Dhs	
Date de dépôt : 27/10/19	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	

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 :
.....	
.....	
.....	
.....	

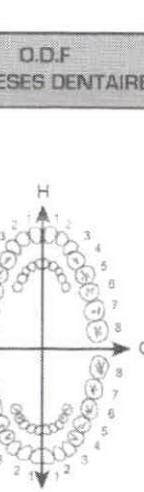
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>CHARVAC</i> 24 octobre 2019 - Casablanca 72-0322948110	30/10/19	52,50



AUXILIAIRES MEDICAUX					
Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
	A M	P C	I M	I V	
LOT : 5174					
UT. AV : 09-22					
P.P.V : 22 DH 00					

— VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

REF : S 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.						
	Dents Traitées Nature des Soins Coefficient	INP : <input type="text"/>				
		COEFFICIENT DES TRAVAUX				
		MONTANTS DES SOINS				
		DEBUT D'EXECUTION				
		FIN D'EXECUTION				
			DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B	COEFFICIENT DES TRAVAUX		
				MONTANTS DES SOINS		
				DATE DU DEVIS		
				DATE DE L'EXECUTION		
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION						

PHARMACIE SOCRATE

93 BIS RUE IBNOU MAJAT CHANTIMAR 2 MAARIF EXT CASABLANCA
 Melle Ezzarhouni SALWA DOCTEUR EN PHARMACIE
 CNSS :6674495 R.C :0 PATENTE N°:35610059 I.F :0 TEL :05 22.94.81.10 FAX : ICE :000833005000061

CASABLANCA
 FACTURE N°: 12
 DATE: 30/10/2019

Client: BENKERAN CHAKIB

QUANTITE	DESIGNATION	PPV	MONTANT	TVA
1	CLARTEC BT 10	22.00	22.00	7
1	NURODOL 400MG/30	30.00	30.00	7
DONT TVA: 7 %	3.40	TOTAL:	52.00	
DONT TVA: 20 %	0.00	TOTAL NET:	52.00	
TOTAL TVA:	3.40			

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE:
 CINQUANTE DEUX Dirhams 00 Centimes

PHARMACIE SOCRATE
 93bis, Rue Ibno Majat Chantimar 2
 Maârif Extension- Casablanca
 Tel: 0522 94 81 10