

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.

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.

Optique :

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.

Chirurgie :

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

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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

N° P19- 045024

NP: 40552

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5361

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre : VVE

Nom & Prénom : ABDERAHMAN SMOUR

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0672 121 261

Total des frais engagés : 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

SOINS ET PROTHESES 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 travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>																																																												
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">DROITE</td> <td style="text-align: center;">11 21</td> <td style="text-align: center;">22</td> <td style="text-align: center;">GAUCHE</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">12</td> <td style="text-align: center;">13</td> <td style="text-align: center;">23</td> <td style="text-align: center;">24</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">14</td> <td style="text-align: center;">15</td> <td style="text-align: center;">25</td> <td style="text-align: center;">26</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">16</td> <td style="text-align: center;">17</td> <td style="text-align: center;">27</td> <td style="text-align: center;">28</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">18</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">HAUT</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">42</td> <td style="text-align: center;">43</td> <td style="text-align: center;">38</td> <td style="text-align: center;">37</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">44</td> <td style="text-align: center;">45</td> <td style="text-align: center;">36</td> <td style="text-align: center;">35</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">46</td> <td style="text-align: center;">47</td> <td style="text-align: center;">34</td> <td style="text-align: center;">33</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">48</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">BAS</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">40</td> <td style="text-align: center;">41</td> <td style="text-align: center;">31</td> <td style="text-align: center;">32</td> </tr> </table> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">25533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				DROITE	11 21	22	GAUCHE	12	13	23	24	14	15	25	26	16	17	27	28	18				HAUT				42	43	38	37	44	45	36	35	46	47	34	33	48				BAS				40	41	31	32	D	H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	25533411	00000000	00000000	11433553
DROITE	11 21	22	GAUCHE																																																														
12	13	23	24																																																														
14	15	25	26																																																														
16	17	27	28																																																														
18																																																																	
HAUT																																																																	
42	43	38	37																																																														
44	45	36	35																																																														
46	47	34	33																																																														
48																																																																	
BAS																																																																	
40	41	31	32																																																														
D	H	G																																																															
25533412	21433552	00000000																																																															
00000000	00000000	25533411																																																															
00000000	00000000	11433553																																																															
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																																																															

VOLET ADHERENT	NOM : Mme		
DECLARATION N°	P 17 / 0062901		
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		Mme 0005365		
Nom & Prénom ABDERRAHMAN SAHMOUD				
Fonction Décédé	Phones	Signature de l'adhérent		
Mail				
MEDECIN		Prénom du patient BASSINE FATHIMA		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date 02/08/2020
Nature de la maladie		Date 1ère visite		
Herme Ambilical (CPA)				
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
C2			250 DH	
PHARMACIE		Date		
Montant de la facture				
Signature et cachet du pharmacien				
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date		
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date		
Nombre				
AM	PC	IM	IV	Montant détaillé des Honoraires

