

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 :

- Pour les prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de ...
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de ...
- 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° W19-575831

49933

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8140	Société : R.A.M.		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL ALAMA MOUNIR			
Date de naissance : 15-06-70			
Adresse : Résidence Le CLUB, RT MLY Thami N°35 CASA.			
Tél. : 06.67.27.57.44	Total des frais engagés : 67,50 Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
  	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : EL ALAMA MOUNIR	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint
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.	

I'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir lu la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 05/11/2020



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
TE:050522002167 case 58, Route M11 Thami Hay Hassani	20	675.00

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		AM	PC	IM	IV		

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																							
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																			
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																			
				MONTANTS DES SOINS																			
				DÉBUT D'EXÉCUTION																			
				FIN D'EXÉCUTION																			
					D.O.F PROTHÉSES DENTAIRES	DÉTERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">H</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">25533412</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">D</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">B</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">35533411</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">G</td> <td colspan="3" style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p style="margin-left: 20px;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B		35533411	11433553	G	B			CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
								H	25533412	21433552													
								D	00000000	00000000													
								B		35533411	11433553												
								G	B														
MONTANTS DES SOINS																							
DATE DU DEVIS																							
DATE DE L'EXÉCUTION																							
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS								VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION															

صيدلية المصحة Pharmacie Polyclinique

58, Route Moulay Thami - Casablanca
(Mazola, Hay Hassani)
Tél. : 0522 90 21 67
GSM : 0661 33 20 87

R.C: 173955
T.P.: 35012475
I.F: 51469100
C.N.S.S: 1120039
ICE: 001527269000086

Casa le: S.M.20. FACTURE N° 001311
M^r EL ALAMA MOUNIR.

QUANTITÉ	DESIGNATION	PRIX UNIT.	TOTAL
01	Derafine SV	67,50	67,50

DERMAFINE®

LOT : 0025
PER : 03-21
PPC : 67,50 DH

PHARMACIE POLYCLINIQUE
Dr. TIR Abdelaziz
58, Route Mly Thami, Hay Hassani
Tél: 0522-90 21 67 Casab