

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

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



Déclaration de Maladie *NSR OCC*

N° W19-514817

ND° 17521

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8979

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : ZANLAMI ABOELHALIM.

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-514817

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution									
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire												
		<table border="1"> <tr> <td rowspan="4">D</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td rowspan="4">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			D	25533412	21433552	G	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
D	25533412	21433552	G											
	00000000	00000000												
	00000000	00000000												
	35533411	11433553												
Visa et cachet du praticien attestant le devis			Visa et cachet du praticien attestant l'exécution											
VOLET ADHERENT		NOM :			Mle									
DECLARATION N° *		W18-390353												
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														



W18-390353

DATE DE DEPO

...../...../201.

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 8979	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom LAHLALI Abdellah			
Fonction : CDP		Phones.. 061322370	
Mail LahLaliAbdellah.B@Gmail.Com			
MEDECIN	Prénom du patient Youssef.		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input checked="" type="checkbox"/>	Age 1ans
Nature de la maladie Aphtes dans ab.		Date 1ère visite 20/06/19	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes a		Nbre de Coefficient a	Montant détaillé des honoraires 150,00 Dh
PHARMACIE Date 20/06/19		Signature du pharmacien	
Montant de la facture 262.50		Signature du pharmacien	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date :		Signature du pharmacien	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX Date :		Signature du pharmacien	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
CACHET		CACHET	

- Maladies de la peau, des cheveux et des ongles
- Chirurgie de la peau et des ongles
- Maladies sexuellement transmissibles

- أمراض الجلد، الشعر والأظافر
- جراحة الجلد والأظافر
- الأمراض التناسلية

Pharmacie Al Mousâ
Habil Al Mousâ
Docteur Al Mousâ
Lot. Al Mousâ
Sidi Maârouf
Tel. Fax: 012 580 4151

Casablanca, le : 25/01/19

L'enfant Yassine LAHLALI

37.50

App: 16

LOT: 0055
PER: 02-22
PPV: 37,50 DH

① - Septopen Spray =

40.50

nest et dir. 

② - Effilant Hydrogélisé = 

26.00

le dir.

LOT: 0044
EXP: OCT 2020
PPV: 40,50 DH

- Togane Gel = 

189.00

le dir. 


TOPSYNE GE
FLUOCINONIDE

- Kerivon Dr 5 Flacon = 

262.50 pellicules la Roche Posay 

effi-pan-cy 