

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.

N° W19-514953

ND^o=

NRS
OCC

IV

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire (17630)	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société :	
Matricole : 12926			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : JANATI IDRASSI Jihad			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 06.61.11.06.15		Total des frais engagés :	

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"/> Enfan
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'at ^e médecin conseil de la Mutuelle. 22 JAN 2020			
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.			
Fait à :	Le :		
Signature de l'adhérent(e) :			

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	
N° W19-514953	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Matricule :	
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Il est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

une facture

de les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

S DENTAIRES			
Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	
GAUCHE			
HAUT			
BAS			
ODF. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		
GAUCHE	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		
HAUT			
BAS			

Coefficient des

Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

Coefficient des travaux

Montant des soins

Date du devis

Fin de

Signature du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

ADHERENT NOM :

Mle

PARATION N° W18-393955

Montant engagé Nbre de pièces Jointes

La validité de cette feuille est de (3) trois mois

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les frais exigés par la Mutuelle



W18-393955

DATE DE DEPOT

28/02/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 12726

Nom & Prénom JANATI IDRISI JIHAD

Fonction : 12726 Phones. 06.61.14.06.15

Mail jjanatiidrissi@royalairmaroc.com

Signature de
Fathia Jemer
Signature de
Janati Jihad

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent Conjoint Enfant Age 5 mois Date 26/02/2019

Nature de la maladie

Minite

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
Cr	1	250

PHARMACIE

Date

Montant de la facture

EL BENDA El Hassan
Dr. PEDALHE
84, Rue Souk El Hassan
Marrakech - Casablanca
Tél: 022.98.03.45 GSM: 061.67.34.45

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

AM	PC	IM	IV	Nombre	Montant détaillé des Honoraires