

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



Déclaration de Maladie

N° W19-514269

N° 18074

BSV

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
1962

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Dessa Oulmoim

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 75 19 39 95

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		
	H	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	G
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				

VOLET ADHERENT	NOM : <i>Berthi Oumaima</i>	Mle 1962
DECLARATION N°	W18-406832	
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		



W18-406832

DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 1962

Nom & Prénom :

Berthi Oumaima

Fonction :

Phones : *0675123995*

Mail :

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent Conjoint Enfant

Age

Date

Nature de la maladie

Date 1ère visite

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

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
------------------	---------------------	---------------------------------

PHARMACIE

Date : *27/12/1997*

Montant de la facture

171,90

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

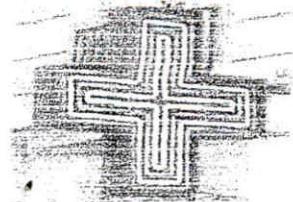
Date :

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

PHARMACIE ZAHRA



FACTURE : 70/2019

DERSSI OUNAYIYA

Bouznika le .. 05/12/2019.

DÉSIGNATION	PRIX	QTÉ	MONTANT
- Proctosol 20 ml	35,50	01	35,50
- Radogyl 10	95,00	01	95,00
- Antiseptique gtt d'Amidon	19,40	01	19,40
- Cedaly 10	22,00	01	22,00

PHARMACIE ZAHRA
Dr. ABDERRAHMANE
Doktor Pharmacie
Tél. : 05 37 74 51 93

TOTAL : 171,90

111, Hay Nbichate - BOUZNIKA - Tél.: (212) 05 37 74 51 93
R.C. Bouznika 5418 - C.N.S.S. 7.099.733 - Pattente : 39804593 - Identification Fiscale 56417170

I.C.E. 00050143000057

RODOGYL
Cp pel 830
P.P.V : 96DH00

6 118000 060574



ANTIBIO SYNALAR
19,40