

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.



Declaration de Maladie

N° W19-518546

ND = 18827

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

8792

Société :

ESSIEN TANFIK

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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. médecin conseil de la Mutuelle.

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° W19-518546

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

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
				<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			
	D	H	G	
	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553		
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			
				Coefficient des travaux
				<input type="text"/>
				Montant des soins
				<input type="text"/>
				Date du devis
				<input type="text"/>
				Fin de
				<input type="text"/>
VOLET ADHERENT	NOM :			Mle
DECLARATION N°	W17-120421			
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				



W17-120421

DATE DE DEPOT

..... / / 201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle 8792

Nom & Prénom ESSINI TAWFIK

Fonction : CCC Phone. 0669758578

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent Conjoint Enfant Age 30/08/66 Date 05/11/19

Nature de la maladie Coli fa nephro tgv in gth Date 1ère visite

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

Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires

300,00 T

PHARMACIE Date 05/11/2019

Montant de la facture

121,40.

0920109522

PHARMACIE LAS ACADES
KISSI Noureddine
3, Rue Rouissi (Meknès)
Téléphone : 05 22 22 22 22

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES Date :

Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX Date :

Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

05/11/19

N^e t^ressini Tawfik

121,40
1/ Umax 0,4



PHARMACIE LES DÉCADES
3, Rue KLOSSI Nauat
Route d'El Jadida
Tél : 0524 53 31 77

121,40 19/ Naciri pH 7,4

LOT 181538
EXP 06/2020
PPV 121.40DH

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. ASS. HEDDAH ABDELLAH
URIDOLISTE
091177548

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 136333 / 2019 du 05/11/2019

Nom patient	ESSINI TAWFIK	Entrée	05/11/2019
	PAYANTS	Sortie	05/11/2019

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
- Consultation d'urologie	1,00		300,00	300,00
<i>Sous-Total</i>				300,00
Total Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS	Total	300,00

