

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W19-518784

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☒ 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

☐ 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'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 : *Casablanca*

Le : *28/02/20*

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient													
				Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>												
ODF Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	35533411	00000000	11433553		
	H		G													
	25533412	00000000	21433552	00000000												
00000000	35533411	00000000	11433553													
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																

VOLET ADHERENT		NOM: _____		Mle
DECLARATION N°		P 17/0056577		
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				



P 17/0056577

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle
Nom & Prénom _____		
Fonction _____	Phones _____	
Mail _____		
MEDECIN	Prénom du patient _____	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age _____	Date 13/1/2020
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
1		322/4
PHARMACIE		Date 13/1/2020
Montant de la facture		164.40
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date _____
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

Dr. F. NEKOVAR
 Spécialiste en ORL
 195, Bd. Chandi - Casablanca
 RC : 29569411
 PHARMACIE LES JARDINS
 DEL OCEAN BAY SARL AU
 15 km 15
 Route d'Azzemour Km 15
 Casablanca
 P. : 32560411

مصحة بوسيجور

CLINIQUE O.R.L. MAXILLO-FACIALE ET ESTHÉTIQUE BEAUSEJOUR

Dr F. MEKOUAR

O.R.L.

Dr B. MOKRIM

Prof agrégé en O.R.L.

Dr K. YOUSSEFI

O.R.L.

Immuno-allergologie

Dr M. BERRADA

SOUNNI

O.R.L.

Chirurgie Maxillo-Faciale
et Esthétique

Ou Douni

young

13/1/2022

Solymid 20

PHARMACIE LES JARDINS
DE L'OCEAN BAY Sati Au
Route d'Azemmour Km 15
Dar Bouazza - Casablanca
Tél : 05 22 29 08 39
RC : 399369 T.P. : 32960411

PHARMACIE LES JARDINS
DE L'OCEAN BAY Sati Au
Route d'Azemmour Km 15
Dar Bouazza - Casablanca
Tél : 05 22 29 08 39
RC : 399369 T.P. : 32960411

p.61

1231110

Phy & encaly

2 f. 14 m

12630

angt p.41 1

2 p.61 - 111 3.

PHARMACIE LES JARDINS
DE L'OCEAN BAY Sati Au
Route d'Azemmour Km 15
Dar Bouazza - Casablanca
Tél : 05 22 29 08 39
RC : 399369 T.P. : 32960411

PPV: 126,30 DH
LOT: 614245
PER: 10/20

38.10 vlh - bon

~~2 fois 14 r~~

T = 464.40

صالح لغاية
04/22
PPV 38.10 DH

Docteur F. MEKOUAR
Spécialiste ORL
Clinique ORL Beausjour
193, Bd. Gandhi Casablanca