

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 |

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractère personnel.

Nº P19- 060303

✓DE 91263

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **8639**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **EL HALKAoui**

ABDELLAH

Date de naissance :

Adresse :

Tél. **06 73 791510**

Total des frais engagés : Dhs

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'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) :



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 soins

O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux																
		<table border="1"> <tr> <td>D</td> <td>25533412</td> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> </table>			D	25533412	H	21433552		00000000		00000000		00000000		00000000		35533411		11433553
D	25533412	H	21433552																	
	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°	W18-351749	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<p>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>		

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 8639	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom : EL HAKKAOUI ABDELLAH		Date de naissance de l'adhérent	
Fonction : Tech Avion Phones. 0673721510		Signature de l'adhérent	
Mail : melhakkaoui@royalis.moroc.com			
MEDECIN		Prénom du patient : EL HAKKAOUI ABDELLAH	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age : Date 1ère visite : 29 JAN 2020			
Nature de la maladie : rhizoplanct			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
E			120,00
PHARMACIE		Date : 29/01/2020	
Montant de la facture : 168,30		2020 PHARMACIE du CONSEIL DR BABA Fatiha 027, Bd. Mohamed V 10000 - Casablanca	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date : 1er.02.2020	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date : 1er.02.2020	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

CACHET

CACHET



Casablanca, le: 29 JAN 2020 الدار البيضاء، في:

ME EL HAKKARI Abdellah

PPV: 126,30 DH
LOT: 620044
PER: 03/21

LOT N°:

UT. AV:

PPV

42,00.

Dr. EL HAMMOUDI
Rés. Val Rose "B"
2ème Etage Angie Albert Premier
el Bd Med V - Beyrouth
Tél. 01 22 24 55 57 Casablanca