

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.

adiologie 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.

ptique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

entaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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 caractére personnel.

Nº P19-

068375

AD-21812

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8560

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MJA TI BOUASSA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 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 :

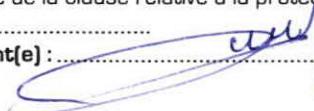
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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.

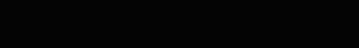
Fait à :

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 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"/>
					Coefficient des travaux
					<input type="text"/>
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			
		H	25533412	21433552	
	D		00000000	00000000	
			00000000	00000000	
			35533411	11433553	
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			
VOLET ADHERENT		NOM : Mme			
DECLARATION N°		W18-351126			
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					



W18-351126

DATE DE DEPOT

01/02/2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT **Mme 8560**

Nom & Prénom **MIATI BOUARZA**

Fonction : **élec.** Phones. **066255640**

Mail

MEDECIN Prénom du patient

Adhérent Conjoint Enfant Age

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

Montant de la facture

30,10
Dr. Benhadj Jaafar
102, Bd Oued Sebou - Oujda
CASABLANCA
Tél: 0522 9018 99

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	



PHARMACIE TAM

Client :

Facture N° 00961 / _____

Casablanca, le 15.10.2020

Arrêtée la Présente Facture à la somme de :

Total HT

TVA 20%

Total TTC

Pharmacie TAM

Visa Direction: Jaafar

DR. DÉMOCRATIC
302 Bd Oued Sebou - Oulfa

~~1. Successor~~
CASABLANCA

CA 94000-0000
61-052251-38 99

Ad : 302 Bd. Oued Sebou - El Oulfa - Casablanca - Tél : 0522 90 18 99 - Patente N° : 36007044