

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.

Pathologie 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.

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.

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.

Le 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 caractére personnel.

Nº P19- 047321

Optique 26921 Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 569 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Mohamed NAHRO

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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-047321

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié d'indiquer 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 travaux																																																
					<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																																																
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																																																	
		<table border="1"> <tr> <td>DROITE</td> <td>11 21</td> <td>22</td> <td>GAUCHE</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>13</td> <td>23</td> <td>24</td> </tr> <tr> <td>14</td> <td>15</td> <td>25</td> <td>26</td> </tr> <tr> <td>16</td> <td>17</td> <td>27</td> <td>28</td> </tr> <tr> <td>18</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>48</td> <td>47</td> <td>38</td> <td>37</td> </tr> <tr> <td>46</td> <td>45</td> <td>36</td> <td>35</td> </tr> <tr> <td>44</td> <td>43</td> <td>34</td> <td>33</td> </tr> <tr> <td>42</td> <td>41</td> <td>31</td> <td>32</td> </tr> </table>		DROITE	11 21	22	GAUCHE	12	13	23	24	14	15	25	26	16	17	27	28	18				48	47	38	37	46	45	36	35	44	43	34	33	42	41	31	32	<table border="1"> <tr> <td>D</td> <td>25533412 00000000</td> <td>H</td> <td>21433552 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> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		D	25533412 00000000	H	21433552 00000000		00000000		00000000		35533411		11433553
DROITE	11 21	22	GAUCHE																																																		
12	13	23	24																																																		
14	15	25	26																																																		
16	17	27	28																																																		
18																																																					
48	47	38	37																																																		
46	45	36	35																																																		
44	43	34	33																																																		
42	41	31	32																																																		
D	25533412 00000000	H	21433552 00000000																																																		
	00000000		00000000																																																		
	35533411		11433553																																																		
<input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																																																	

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme 549

Nom & Prénom NAHRO MOHAMMED

Fonction RETRAITE Phones 0633200680

Mail signahro@gmail.com

MEDECIN

Prénom du patient Mohamed Nahro

Adhérent

Conjoint

Enfant

Age _____ Date _____

Nature de la maladie

Date 1ère visite

Lemehile

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

MM

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<i>e</i>	<i>01</i>	<i>200</i>

PHARMACIE

Date 19/03/2020

Montant de la facture

243.00

LAMRANI MERIEM
Pharmacie des Familles Angle Rues
de Normandie et Imam Tabarani
Casablanca - Tel: 0522 25 05 60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date _____

Nombre

AM	PC	IM	IV	Montant détaillé des Honoraires

. TAGNAOUTI Brahim
Diplômé de la Faculté de Médecine
de Bordeaux
MEDECINE GENERALE

70, Rue de Normandie - Maârif
CASABLANCA
Tél. : 05 22 25 59 32

Casablanca, le

19/3/80

اهيم التكناوتي

خريج الطب ببوردو
الطب العام

70، زنقة نورماندي - المعاريف
الدار البيضاء - الهاتف 05 22 25 59 32

Mr Nahro

..... Responsable

LOT N°:

U1 AV:

PPU:

43.00

42.00

42.00

43.00

- Aptox
iux

- Predni 20

30p/11
- Clart

1c. 22.00

Lot:
À consommer
avant le:
PPC: 79,00 DH

19.

12/21

Docteur TAGNAOUTI Brahim
Médecine Générale
70, Rue de Normandie Maârif
Casablanca - Tel: 05 22 25 59 32

LAMRANI MERYEN
Pharmacie des Familles Angle Rues
de Normandie et Imam Tabarani
Casablanca - Tel: 052.2.25.05.60