

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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.

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.

N° M20- 0008600

Optique *57373* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : *712* Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *G. ANOU HADA*

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 : *G. ANOU HADA* 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 N° M20-08600

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).

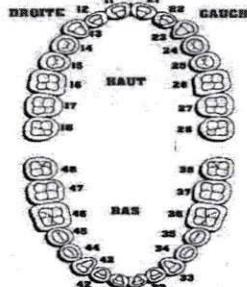
Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

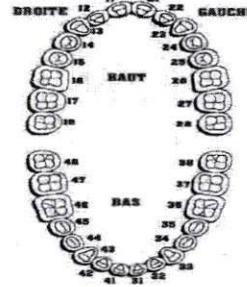
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

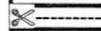
Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

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  Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux  Montant des soins Date du devis Fin de

Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution		 VOLET ADHERENT NOM : _____ DECLARATION N° W18-368631 <p>Date de Dépôt _____ Montant engagé _____ Nbre de pièces Jointes _____</p> <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

712

Nom & Prénom

Fonction : Phones :

Mail

MEDECIN

Prénom du patient GANOU HADA

Adhérent Conjoint Enfant Age Date 04/01/2021

Nature de la maladie Date 1ère visite

Affection ORL + Digestive

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

Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires

C	1	150 DT
---	---	--------

PHARMACIE Date 04/01/2021

Montant de la facture

306,50

ANALYSES - RADIGRAPHIES Date :

Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires
------------------------------	---------------------------------

AUXILIAIRES MEDICAUX Date :

Nombre	Montant détaillé des Honoraires
AM PC IM IV	

--	--	--	--

Signature de l'adhérent
Signature de l'adhérent

Signature HOUAR
Médecin Généraliste
Ecole Générale
Marocaine Bé. Aït Yakkha
Casablanca

Signature et
cachet du
pharmacien
Casablanca

Signature et
cachet du
pharmacien
Casablanca

Signature et
cachet du
pharmacien
Casablanca

ORDONNANCE

Casablanca le 04.01.2021

D. Clinique Généraliste
Chiropractique
100, Avenue GHIBLI
Casablanca 10000
Télé: 05 22 21 09 74

GANOU HADA

149,50

1. Spectrum 500

1 cp

$\times 2 \frac{1}{2}$



(1 Sem)

39,00

2. Docivox cp a sucer

1 cp $\times 3 \frac{1}{2}$



84,00

3. Isilax Sirup

1 Cas - 3 Cas - 2 Cas

34,00

Matu - Nidi - Soic.

4. Hygiafloré

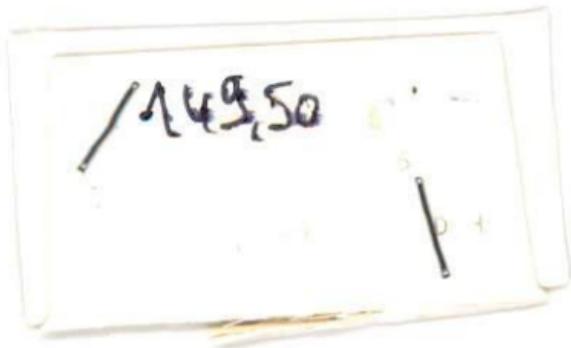
1 cp/j le Sir.

306,30

PHARMACIE MOUNSSIR
834, Av. 2 Mai S. Leila
Casablanca. Tel: 05 22 21 09 74



Lot: 200415
A consommer de
préférence avant le: 08/2024
PPC: 84,00 DH



نوع: دبس البيض.
2 عاما: الكبيرة، الورد الفاتح اللون، الد
، تكمل هذا العرسان، كل ربع بيفيد

P.P.C. 34,00
LAPARA sarl
www.lapara.ma
- IF: 1086552 - 90 rue Abdelmalek
ele - BP 70010 - 59721 DENAIN CEDEX -

