

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

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

Nº M21- 0018731

57972

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8939 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HAFID EL NOUFI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0670273881 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 : HAFID FATHIA

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 ADHERENT

Déclaration de maladie Nº M21-018731

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 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"/>
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire				Coefficient des travaux <input type="text"/>
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	G	Montant des soins <input type="text"/>
	D	00000000 35533411	00000000 11433553		Date du devis <input type="text"/>
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			
					Fin de <input type="text"/>
Visa et cachet du praticien attestant le devis			Visa et cachet du praticien attestant l'exécution		

VOLET ADHERENT	NOM :	Mme
DECLARATION N°	W17-104626	
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		



W17-104626

DATE DE DEPOT

...../...../201...

CA

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 8939															
Nom & Prénom	HAFID EZ MDSAFA																
Fonction	Adherent	Phones	2672273881														
Mail																	
MEDECIN	Prénom du patient Hafid Fathia																
Adhérent	<input type="checkbox"/>	Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/>	Enfant	<input type="checkbox"/>	Age	Date 18/11/2021										
Nature de la maladie					Date 1ère visite												
<p style="text-align: center;">Vertiges</p> <p style="text-align: center;">MSIPRAS</p> <p style="text-align: center;">20 JAN 2001</p>																	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances																	
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Nature des actes</td> <td>Nbre de Coefficient</td> <td colspan="3">Montant détaillé des honoraires</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td></td> <td colspan="3">300 X 150 dh</td> </tr> </table>								Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires			C		300 X 150 dh		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires															
C		300 X 150 dh															
PHARMACIE		Date															
Montant de la facture																	
<p style="text-align: center;">MSIPRAS</p> <p style="text-align: center;">20 JAN 2001</p>																	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date															
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires															
<p style="text-align: center;">MSIPRAS</p> <p style="text-align: center;">20 JAN 2001</p>																	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date															
Nombre		Montant détaillé des Honoraires															
AM	PC	IM	IV														
<p style="text-align: center;">MSIPRAS</p> <p style="text-align: center;">20 JAN 2001</p>																	

Dr. F. Z. Moussaoui

MEDECINE GENERALE

Lotissement Zoubir
(Gpe. Addoha), Imm. 112 I
Appartement 4 Ooulfa - Casa
Tél. : 05 22 93 41 48

الدكتورة فاطمة الزهراء موساوي

الطب العام

تجزئة الزبير
(مجموعة الضعن) عمارة
112 شقة 4 الألف
الهاتف : 05 22 93 41 48

Casablanca, le

18/11/2021

الدار البيضاء، في

Hafid Fatih

Betaserc cp
1 cp x 2/j

Dr. F.Z MOUSSAOUI
HAFID FATIHE
Lotissement Zoubir Imm. 112
App. 4 Ooulfa - CASA