

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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10512 Société :

Actif Pensionné(e) Autre : 22103

Nom & Prénom : SABOUR AZIZ

Date de naissance : 29/06/1959

Adresse : HAY OULFA Rue 22 N° 12 casablanca

Tél. : 06 56 005856 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/07/2021

Nom et prénom du malade : C.A. BOUR AZIZ 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) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>ANAR</i>	30/06/2021	3322,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

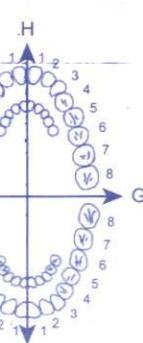
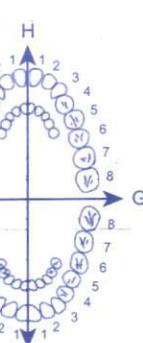
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	- I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'OD.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		Coefficient DES TRAVAUX
		$ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ B & 35533411 \quad 11433553 \end{array} $		MONTANTS DES SOINS
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

LOT N° :

1343F.3
5 2023
.00 DH

LOT D083951K.3
UT AV 04 2022
PPV 777.00 DH

LOT D083951K.3
UT AV 04 2022
PPV 777.00 DH

LOT D083951K.2
UT AV 04 2022
PPV 777.00 DH

LOT: 201799
PER: 05-2023
PPV: 140.00DH

PPV: 126.30 DH
LOT: 644918
PER: 02/22

|||||

3
2
1

LOT D348391G.3
UT AV 08 2023
PPV 777.00 DH

LOT D348391G.3
UT AV 08 2023
PPV 777.00 DH

LOT D348391G.2
UT AV 08 2023
PPV 777.00 DH

LOT D348391G.3
UT AV 08 2023
PPV 777.00 DH

LOT D266466C.1
UT AV 05 2023
PPV 777.00 DH

LOT D266466C.1
UT AV 05 2023
PPV 777.00 DH

LOT D083951K.1
UT AV 04 2023
PPV 777.00 DH

LOT D348391G.3
UT AV 08 2023
PPV 777.00 DH

LOT D266466C.1
UT AV 05 2023
PPV 777.00 DH

LOT D348391G.3
UT AV 08 2023
PPV 777.00 DH

LOT D348391G.3
UT AV 08 2023
PPV 777.00 DH

LOT D348391G
UT AV 08 2023
PPV 777.00 DH

56,10

LOT D348391G.3
UT AV 08 2023
PPV 777.00 DH

LOT D348391G.3
UT AV 08 2023
PPV 777.00 DH

LOT D266466C.1
UT AV 05 2023
PPV 777.00 DH

56,10

LOT 201454
EXP 10/2023
PPV 28.00DH

LOT 201391
EXP 10/2023
PPV 28.00DH

LOT 201454
EXP 10/2023
PPV 28.00DH

LOT 201391
EXP 10/2023
PPV 28.00DH

LOT 201454
EXP 10/2023
PPV 28.00DH

56,10

56,10