

CONDITIONS IMPORTANTES A LIRE POUR REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

l'adhérent doit être dûment renseigné.
Le praticien doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
La feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
L'accord préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que 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.

Les factures des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être joints à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
Le pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

le :

La facture du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.
Education :

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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Rénovation et changement de statut : adhesion@mupras.com

RGPD relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données

et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M21- 061379

ND : 81881

Autres

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire
Cadre réservé à l'adhérent(e)	
Matricule : 6071	Société :
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : A Laoui Mohammed	
Date de naissance :	
Adresse :	
Tél. : 06.08.01.66.51 Total des frais engagés : _____ Dhs	
Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : / /	
Nom et prénom du malade : A Laoui Mohammed	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Age : _____	
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° M21-61379	
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 : _____

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin et du Laboratoire. Préciser les Actes
29/01/21	J.B.H + J.B.S		39,02€	INP : ABORATOIRE CENTRAL 92 103 rue Armand Silvestre 92400 COURBEVOIE 01.43.33.56.96 923800403
6/2/21	J.B.68 + J.B.5		10,00€	INP : ABORATOIRE CENTRAL 92 103 rue Armand Silvestre 92400 COURBEVOIE 01.43.33.56.96 923800403
24/01/21 le patient reste très malade 0,00€				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr DUMOULIN PIERRE 98 CARDIOLOGUE-MÉDECIN APPROPRIÉS VASCULAIRES 12, RUE DE LA MONTAGNE 92400 COURBEVOIE 01 08782 4 0 1 11 8 T. 0141169342 Conventionné	05/02/21 APR / D.E.Q.P.OA 3	74 €

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX				
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre		Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins et le coefficient.				
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalai				
SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
				INP :
				Coefficient des travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXÉCUTION
				FIN D'EXÉCUTION
				Coefficient des travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXÉCUTION
DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
H		25533412 21433552 00000000 00000000	G	
D		00000000 00000000 35533411 11433553	B	
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				

CABINET DU DR PIERRE DUMOULIN**Monsieur DUMOULIN PIERRE**

03 Cardiologie

921087524

Facture N°000007118 du 05/02/2021**QUITTANCE****Bénéficiaire des soins :** ALAOUI MOHAMMED**N° Immatriculation :** 142129938041289**Identification AMO :** Régim 01 Caisse 751 Centr 8954**Identification AMC :** ---**Tiers Payant :** Pas de tiers payant

Montant facturé	Montant AMO	Montant AMC	Montant assuré
74.00 €	44.98 €	0.00 €	74.00 €

Actes effectués :

Date	Cotation	Montant Facturé	Part AMO	Part AMC
05/02/2021	APC	50.00 €	35.00 €	0.00 €
05/02/2021	DEQP003 1 0	24.00 €	9.98 €	0.00 €

CABINET DU DR PIERRE DUMOULIN**Monsieur DUMOULIN PIERRE**

03 Cardiologie

921087524

Facture N°000007118 du 05/02/2021**QUITTANCE****Bénéficiaire des soins :** ALAOUI MOHAMMED**N° Immatriculation :** 142129938041289**Identification AMO :** Régim 01 Caisse 751 Centr 8954**Identification AMC :** --**Tiers Payant :** Pas de tiers payant

Montant facturé	Montant AMO	Montant AMC	Montant assuré
74.00 €	44.98 €	0.00 €	74.00 €

Actes effectués :

Date	Cotation	Montant Facturé	Part AMO	Part AMC
05/02/2021	APC	50.00 €	35.00 €	0.00 €
05/02/2021	DEQP003 1 0	24.00 €	9.98 €	0.00 €