

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-645606



81000

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 04921

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ADNAME TAH

Mohamed

Date de naissance :

1959

Adresse :

17 Bd la Reine le FOENNOCH

Tél. :

06 68 44 87 05

Total des frais engagés :

250,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. REZKI SIDI
Ophthalmologiste
Angle Bd Med V et Yacoub El Mansour
Entrée B App. n° 51 - 1er étage
Berrechid - Tel: 05 22 51 75 39

Date de consultation :

20 JUIL 2021

Nom et prénom du malade :

ADNAME TAH

Age: 17

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Adname Taha

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 04/10/21

Adname Taha



EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	<u>Montant de la Facture</u>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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'ODF.																																																
<p>SOINS DENTAIRES</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																											INP : <input type="text"/>	
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																												
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																																
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																																
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																																																
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																																																
<p>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</p>	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>B</td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B		CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																												
	H	G																																														
	25533412	21433552																																														
	00000000	00000000																																														
	<hr/>																																															
	00000000	00000000																																														
	35533411	11433553																																														
	<hr/>																																															
	B																																															
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																															
	DATE DU DEVIS <input type="text"/>																																															
	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																																															
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																																															
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																																															