

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-686644

103923

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

3571

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Bourkia Bouchair

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 :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-686644

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

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 |
|--|---|----------------|--|--|-------------------|
| DROITE | 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 | | | | Montant des soins |
| GAUCHE | | | | | |
| HAUT | | | | | Début d'exécution |
| BAS | | | | | Fin d'exécution |
| O.D.F. Prothèses dentaires | Détermination du coefficient masticatoire | | Coefficient des travaux | | |
| DROITE | 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 | D | H | G | Montant des soins |
| GAUCHE | | | 25533412 00000000 00000000 35533411 | 21433552 00000000 00000000 11433553 | Date du devis |
| HAUT | | | | | Fin de |
| BAS | | | (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession | | |
| Visa et cachet du praticien attestant le devis | Visa et cachet du praticien attestant l'exécution | | | | |

| | | |
|--|-------------------------------|------------------------|
| VOLET ADHERENT | NOM : <u>Bourkia Bouchair</u> | Mle <u>3571</u> |
| DECLARATION N° | W18-405979 | |
| Date de Dépôt | Montant engagé | Nbre de pièces Jointes |
| | <u>257,80</u> | <u>6 pièces</u> |
| 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 | | |



W18-405979

DATE DE DEPOT

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

| | | | | |
|--|----|---------------------------------|---|--|
| A REMPLIR PAR L'ADHERENT | | Mme 3571 | Signature de l'adhérent Signature de l'agent | |
| Nom & Prénom Bourkia Bouchaïb | | Fonction : retraité | | |
| Mail | | | | |
| MEDECIN | | Prénom du patient | | |
| Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> | | Age | Date | |
| Nature de la maladie | | Date 1ère visite | | |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances | | | | |
| Nature des actes | | Nbre de Coefficient | Montant détaillé des honoraires | |
| | | | | |
| PHARMACIE | | Date 21.2.2022 | | |
| Montant de la facture | | 257.80 | | |
| ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES | | Date : | | |
| Désignation des Coefficients | | Montant détaillé des Honoraires | | |
| | | | | |
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | Date : | | |
| Nombre | | Montant détaillé des Honoraires | | |
| AM | PC | IM | IV | |
| | | | | |

PHARMACIE ESSA-EGH

MOHAMED ESSA-EGH

SALMIA 2 RUE 18 N 48 - 50 SIDI OTHMAN CASA
CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 37242910

N° R.C. : 508885

N° CNSS : 2020741

N° ID.F. : 37300971

N° ICE 002847574000030

Tel : 38.88.74

Fax 065105363

BOURKIA BOUCHAIB

Le : 02/02/2022

FACTURE N°: 55899/22

| Qté | Désignation | Prix | TVA | Montant |
|-----|-----------------------------|-------|-----|---------|
| 2 | DIAMICRON 60 LM CP / 60 | 78,70 | | 157,40 |
| 4 | IPRADIA LP 1000 MG CPS / 30 | 25,10 | 7 | 100,40 |

TVA 7%:

6.57

Total :

257,80

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

DEUX CENT CINQUANTE SEPT DIRHAMS ET QUATRE-VINGTS CTS

Pharmacie ESSA-EGH à l'add 2020741
ESSA-EGH à l'add PHARMACIEN
Salmia 2 Rue 18 N 48
Sidi Othman - Casablanca 50
TEL 38.88.74

25,10

25,10

25,10

25,10

38,20

78,20