

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-696808

791.100
Mokdad



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 11692

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ABDOULLAH AMAR

KHALID

Date de naissance : 06/03/1952

Adresse : M. SSI M. H H CASA

Tél. : 0661826377

Total des frais engagés : 791.100 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même,

Conjoint

Nature de la maladie :

W100

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 : CASA

Le : 10/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

S



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du pharmacien ou du titulaire	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL ALLAK Haj Nassar Dr. Ch. Phamtoche tel: 05 22 90 53 45 ABBLANCA tel: 05 22 90 53 45 441468000057	07/12/2022	541,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cache et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																									
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (empty table)	Nature des Soins (empty table)	Coefficient (empty table)	INP : <input type="text"/>																					
				Coefficient des travaux <input type="text"/>																					
				Montants des soins <input type="text"/>																					
				Début d'exécution <input type="text"/>																					
				Fin d'exécution <input type="text"/>																					
				ODF PROTHÉSES DENTAIRES 	Détermination du coefficient masticatoire <table border="1" data-bbox="1514 876 1717 1019"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>26533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>					H		26533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		35533411		B		G	
					H																				
					26533412	21433552																			
					00000000	00000000																			
					D																				
00000000																									
35533411																									
B																									
G																									
Coefficient des travaux <input type="text"/>																									
Montants des soins <input type="text"/>																									
Date du devis <input type="text"/>																									
Date de l'exécution <input type="text"/>																									
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession																									
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																									
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																									

