

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



ND N° W21-778967

EMD

ACCÈS LIBRE

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : M800

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : BOUTAHLER

Autre : FATIMA ZAHRA

Date de naissance : 06/01/1980

Adresse : 1982 ZOUHIR - OULFA - CASA

Tél. : 06.66.42.84.34

Total des frais engagés : 131,90 # Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : MUPRAS 18/11/2019

Date de consultation : 18/11/2019

Nom et prénom du malade : RIHANI ISMAIL

Age : 34

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 : 30 DEC 2022

VOLET ADHÉRENT

Déclaration

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30 DEC 22	31.90

A blue rectangular stamp with the text "Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur" in the center, with "SANTÉ PHARMACEUTIQUE" curved along the top and "SAF" along the bottom.

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'ODDF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
	G

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: top;"> H 25533412 00000000 </td> <td style="text-align: center; vertical-align: top;"> G 21433552 00000000 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"> D G </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: top;"> B 00000000 35533411 </td> <td style="text-align: center; vertical-align: top;"> B 11433553 </td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D G		B 00000000 35533411	B 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
H 25533412 00000000	G 21433552 00000000							
D G								
B 00000000 35533411	B 11433553							
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION						

M

Rihani Ismail

STE PHARMACIE HAMZA
CASABLANCA
Lotis. Haf Jatich Rue 6 N° 3 Lot. 34
Casablanca - Tel: 0522 98 10 26

092030267

Le 30/12/22

Facture N°

74

Quantité	Désignation	Prix	Montant
01	Primalan sp	31.90	31.90
	 <p>PRIMALAN SIROP FL 120 ML P.P.V : 31DH90 6 118000 011347</p> <p>STE PHARMACIE HAMZA CASABLANCA Lot. Haj fatah Rue 6 N° 3 Lot 64 Casablanca - Tél: 0522 93 10 28</p>	0	

STE PHARMACIE HANZA
CASABLANCA

Lotis, Haj fateh Rue 6 N° 3 Lot. 64
Casablanca - Tél: 0522 93 10 28