

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

- 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.

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

N° M21- 0061930

Optique 15569 Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2284

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : ADDINE

DINE

Date de naissance : 1953

Adresse : Densia N.A.T. n° 75

Tél. 07.170.124.118.93

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Al-Defiabbar MESSOUDI

Professeur de l'enseignement supérieur

Traumato-Orthopédie

Prothèses - Arthroscopie - Chirurgie du sport

INPE : 091145748

Date de consultation : 29 Mars 2023

Nom et prénom du malade : ESSABEY EL OULJANI - Age : 52

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Gout/leg

Joint

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 : / /

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
29 Mars 2013	✓	3500 HT		<i>Praticien de l'entretien et remplacement de prothèses - Traumatolo-Orthopédiste - Radioscopie - Chirurgie du sport</i> 091145748

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE RHOULOUD ATTIOUI Mina Hay Yasmina 4 Rue 68 N° 2 Angle Rue 48 N° 21 Aïn Chock - Casablanca Tél : 05 22 50 22 06 Fax : 05 22 50 22 66	29/03/13	1233

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS	O.D.F	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE	DEBUT D'EXECUTION	
		H 25533412 21433552 00000000 00000000		
		D 00000000 00000000 35533411 11433553		
		B		

FIN D'EXECUTION	O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE	CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
		H 25533412 21433552 00000000 00000000		
		D 00000000 00000000 35533411 11433553		
		B		

MONTANTS DES SOINS	O.D.F	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE	DATE DU DEVIS	
		H 25533412 21433552 00000000 00000000		
		D 00000000 00000000 35533411 11433553		
		B		

DATE DE L'EXECUTION	O.D.F	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	
		H 25533412 21433552 00000000 00000000		
		D 00000000 00000000 35533411 11433553		
		B		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

