

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

09182

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BEN BOUTA

MALIKA

Date de naissance :

16/3/625

Adresse :

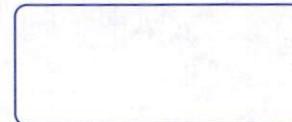
Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Soi-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **M23-0010559**

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

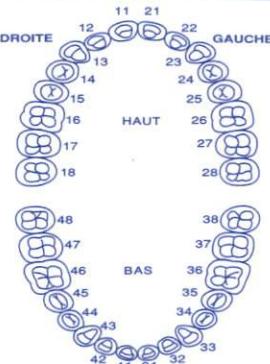
Date de dépôt :

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient																																									
					<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Coefficient des travaux Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution </div>																																								
O.D.F. Prothèses dentaires		<p>Détermination du coefficient masticatoire</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">DROITE</td> <td style="text-align: center;">11 21</td> <td style="text-align: center;">22</td> <td style="text-align: center;">GAUCHE</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">12</td> <td style="text-align: center;">13</td> <td style="text-align: center;">23</td> <td style="text-align: center;">24</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">14</td> <td style="text-align: center;">15</td> <td style="text-align: center;">25</td> <td style="text-align: center;">26</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">16</td> <td style="text-align: center;">17</td> <td style="text-align: center;">27</td> <td style="text-align: center;">28</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">18</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">BAS</td> <td style="text-align: center;">48</td> <td style="text-align: center;">38</td> <td style="text-align: center;">37</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">47</td> <td style="text-align: center;">46</td> <td style="text-align: center;">36</td> <td style="text-align: center;">35</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">45</td> <td style="text-align: center;">44</td> <td style="text-align: center;">34</td> <td style="text-align: center;">33</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">43</td> <td style="text-align: center;">42</td> <td style="text-align: center;">32</td> <td style="text-align: center;">31</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">41</td> <td style="text-align: center;">40</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p style="margin-top: 10px;"> (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession </p>				DROITE	11 21	22	GAUCHE	12	13	23	24	14	15	25	26	16	17	27	28	18				BAS	48	38	37	47	46	36	35	45	44	34	33	43	42	32	31	41	40		
DROITE	11 21	22	GAUCHE																																										
12	13	23	24																																										
14	15	25	26																																										
16	17	27	28																																										
18																																													
BAS	48	38	37																																										
47	46	36	35																																										
45	44	34	33																																										
43	42	32	31																																										
41	40																																												
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																																											

VOLET ADHERENT	NOM :	Mme
DECLARATION N° P 14/0027818		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
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		

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme
Nom & Prénom BENBOUTA Malika Fonction Retraitee Phones 0605497966 Mail malika.malika.0@yahoo.com		
MEDECIN Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age _____ Nature de la maladie		Prénom du patient BENBOUTA Malika Date 21.05.23 Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances Nan		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
CS	1	100 dh
PHARMACIE Date 31.05.23 Montant de la facture		PHARMACIE BELLALOUE Rue 1 N° 116 Salmia 10100 Casablanca Tél: 05 22 38 36 84
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES Date _____		CACHET
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires
AUXILIAIRES MEDICAUX Date _____		CACHET
Nombre AM PC IM IV		Montant détaillé des Honoraires

170,50

W. Dépôt SV 671dg
8861 ✓ 9001 ✓

LOT : RH0973A
PER : 07/2024
PPV : 170 DH 50

71,50 111696993 SV

mei

LOT : 210293
PER : 05/2024
PPC : 79,50 DH

88,80 89,40 ✓

Nayastu 1604

PPV 98DH80
EXP 05/2024
LOT 14033 4

21,00 89,40 ✓

Si 11/24

22169 PER:11/2025
PPV:21,00 DH

89 89,40 ✓

Teridac 51124

22169 PER:11/2025
PPV:21,00 DH

67,90 89,40 ✓

✓

LOT 090509/FC12
PER 08/2024
PPC 67,90

PHARMACIE
Rue 1 N°116
Tél: 05 22 38 36 84

933,50 DH

Dr. Jannai Erridine JOULALI
Médecin Généraliste Agréé Pr La Visite
Médicale du Partie de Conduire
Salmia 2, Av Joulane Imm 95, N°01 Casablanca
Tél: 05 22 599 006 - Gsm : 06 84 44 80 64

PHARMACIE BELLOUCH
Rue 1 N°116 Salmia II Sbata
Casablanca
Tél: 05 22 38 36 84