

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.

N° W21-804463

A 6460

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
12007

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

M ELYAALAOUI Mehd, Y

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : *0661 49773*

Total des frais engagés : *300.000* Dhs

Cadre réservé au Médecin

*Dr. BENNANI Maha
Dermatologue - Venereologue
Rés du Palais, Imm E, 2ème Etage
et Yasmine Angle Bd. Ghandi
Tél 05 22 94 03 13*

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 : *CASABLANCA*

Signature de l'adhérent(e) :

09 JUIN 2023

Le : *09,06,2023*

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE			
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé par Catégorie et nature du Médecin des Honoraire
03/06/2023	CS	CS	<p>Dr. BENNANI Manal Rés du Président - Dermatologue - Venérologue Rue Yasmine Hammam E. 2ème Etage Tél : 05 22 94 03 12</p> <p>Dr. BENNANI Manal Rés du Président - Dermatologue - Venérologue Rue Yasmine Hammam E. 2ème Etage Tél : 05 22 94 03 12</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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
		A M	P C	I M	I V	

16 BENT

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 <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>											Nature des Soins <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>											Coefficient <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>											INP : <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																								
				MONTANTS DES SOINS <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																								
				DEBUT D'EXECUTION <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																								
				FIN D'EXECUTION <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																								
OD.F PROTHESES DENTAIRES																																												
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr><td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>B</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td>G</td><td></td><td></td></tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			<table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>											COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																			
		H	25533412	21433552																																								
		D	00000000	00000000																																								
		B	35533411	11433553																																								
		G																																										
				MONTANTS DES SOINS <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																								
				DATE DU DEVIS <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																								
				DATE DE L'EXECUTION <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																								
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																																												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																																												