

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

Prothèse :

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

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



Déclaration de Maladie

N° P19-0029694

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1685 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AHADDOUCH SMAIL

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0665 077276 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient									
		HCB	Fécaudet	20	Coefficient des travaux <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">932</div>								
		HCB	Fécaudet	70	Montant des soins <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">90084</div>								
		68	CP	12	Début d'exécution <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">26/09/19</div>								
		O.D.F. Prothèses dentaires			Fin d'exécution <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">30/09/19</div>								
		Détermination du coefficient mastocatoire			Coefficient des travaux <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"></div>								
		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> D G </div> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	Montant des soins <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"></div>	
25533412	21433552												
00000000	00000000												
00000000	00000000												
35533411	11433553												
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"></div>									
				Fin d'exécution <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"></div>									
Visa et cachet du praticien			Visa et cachet du praticien										
Date du devis			attestant l'exécution										

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		P 14 / 0036153	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
<p>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</p> <p>Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle</p>			



DATE DE DEPOT
____/____/201____

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 1695	
Nom & Prénom <u>ABDADOUCH</u>		Smail	
Fonction <u>Retraite</u>	Phones <u>065077276</u>		
Mail <u>Sahadadouch1954@hotmail.com</u>			
MEDECIN		Prénom du patient <u>Smail</u>	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age <u>65ans</u>
Nature de la maladie		Date	
		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
<u>Sans dentaire</u>			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<u>Sans dentaire</u>	<u>D32</u>	<u>250</u> <u>900 D</u> <u>250</u> <u>400</u> <u>Neuf Cent D</u>	
PHARMACIE		Date	
Montant de la facture			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre			
AM	PC	IM	IV
Montant détaillé des Honoraires			