

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Pathologie 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.

Education :

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.

Prothésiste :

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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01803 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BELAFKIH TRANSOUR

Date de naissance :

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 :

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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-043052

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 :

...../...../201...

REmplir par l'adherent

Mle 1803

& Prénom ... BÉLAFKIHT / Camille

tion : Particulars | Phones 0661862444

EDÉCIN | Prénom du patient

héritier Conjoint Enfant Age Date

Date 1ère visite

Il s'agit d'un accident : Causes et circonstances

ure des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires

ARMACIE

Date 31/08/2019

ant de la facture

69, 80

Dr. Kabbai Sanae
Pharmacie Yacout
Splex Yacout Pharm. M. S. Hay Chemaou
NPE : 10205288
Sala : Tel: 0537 87 87 17
ICE : 000424273000038

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Ésignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

KILIAIRES MEDICAUX

Date: 10/10/10

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
M	PC	IM	IV	

9. 69.80

PHARMACIE YACOUT

ICE : 000424273000038

SALE

Patente N°: 29420795

N° R.C. : 15938

ID Fiscale. 37111810

N° CNSS. : 6139895

Compte :

Tel : 037878717

M BELFKIH HANSOUR

Le : 31/08/2019

FACTURE : 1015

Qté	Désignation	Prix	Montant
1,00	DOLIPRANE SUPP ADULTE	14,40	14,40
1,00	SURGAM 200 COMPS.20	55,40	55,40



Dr. Kabbaj Sanae
Pharmacie Yacout
Cplex Yacout Rte de Mandjaly Hay Chemaou
Sale 037878717 87 87 17
ICE 000424273000038

INPE : 102057288

TVA : 4.57 Total : 69,80

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :SOIXANTE NEUF DIRHAMS ET QUATRE-VINGTS CTS