

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

ditions 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.

armacie :

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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

Nº P19- 0047903

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 19.21

Société : R.A.M

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JABRAINE Hassan

Date de naissance : 01/01/1955

Adresse : ESSALAM AL YASMINE GARSIM 74
App. 7 Et. au 1er ét.

Tél. : 06.63.29.18.79 Total des frais engagés : 4.11.10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/06/2019

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances



Age : 1955

Enfant

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 : 19/06/2019

J.S.

B...
R...
Il...
ré...
Co...

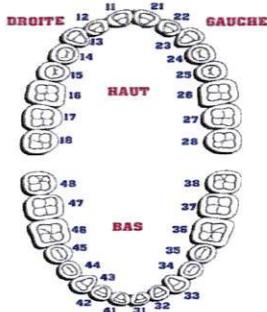
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

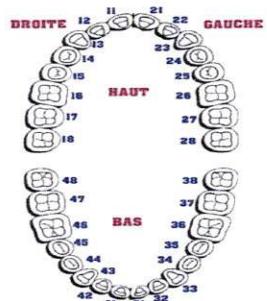
Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilar[®] de l'ODF.

SOINS DENTAIRES



O.D.F. Prothèses dentaires



Dents
Traitées

Nature
des soins

Coefficient

Coefficient des

Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

**Coefficient
des travaux**

Montant des soins

Date du devis

Fin de

Détermination du coefficient
masticatoire

H

25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

VOLET ADHERENT

NOM :

Mle

DECLARATION N°

W18-370538

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



W18-370538

DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 1901

Nom & Prénom JABRANNE Hassany

Fonction : dentiste Phones. 0663291859

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent Conjoint Enfant Age Date

Nature de la maladie

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
------------------	---------------------	---------------------------------

PHARMACIE

Date 18/10/18

Montant de la facture

PHARMACIE BALSAM
EL YASSMINE

Im 79 CHRE-OR N°4, Addouha,
At yassmine Hay Hassani - Casablanca
tél :
Pour Ordonnances

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Date :

Désignation des
Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre

AM PC IM IV

Montant détaillé des
Honoraires

ORDONNANCE

PHARMACIE BALSAM
EL YASSMINE
Imm 79 CH R&OR N°4, Addouha,
ALyassmine Hay Hassan - Casablanca
Tél :

Pour Ordonnances

Le : 19/06/12

Hassan Tabraune

93,00

①

Sodau 1g
1 sachet x 1

1S

93,00

2x76,20

② 152148 Voltar

1 cp

1S SR

75,

118001
VOLTAREN® SR 75 mg
Comprimés enrobés

PPV : 76.20 DH

VOLTAREN® SR 75 mg
Comprimés enrobés
PPV : 76.20 DH

③ 120,70

Aerius

1S

1cp le soir

DT : 061
PER : AVR 2020
PPV : 120 DH 70

45,00

④ Zovirax

1S

JaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 45,00 DH



4 11,10