

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.

Éducation :

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 canaux, 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 canaux.

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° P19-0045073

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5921 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SENE EMBARK
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : 0663 174 81 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

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 :


Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) : 

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

Veillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

<p>O.D.F. Prothèses dentaires</p>	<p>Détermination du coefficient masticatoire</p>	<p>Coefficient des travaux</p>												
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">25533412</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	D	G	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	<p>Montant des soins</p>
H														
25533412	21433552													
D	G													
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
	<p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	<p>Date du devis</p> <p>Fin de</p>												

VOILE ADHERENT		NOM: <u>SENE Embark</u>		Mle <u>1992</u>
DECLARATION N°		W18-139145		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes		
<u>03/10/09</u>	<u>258,2000</u>			
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				



DATE DE DEPOT

03100 / 2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT				Mle	
Nom & Prénom <u>SENE EMBARIL</u>					
Fonction : <u>Actrice</u>			Phones <u>0663 174531</u>		
Mail					
MEDECIN		Prénom du patient			
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		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 <u>18/09/79</u>			
Montant de la facture		<u>858,20</u>			
PHARMACIE Dr. Benham Ja 392, Bd Oued Seb CASABLANCA Tél: 0522 90					
ANALYSES - RADIOGRAPHIES				Date :	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires			
AUXILIAIRES MEDICAUX				Date :	
Nombre				Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV		






PHARMACIE TAM

Client : Mbarela Sny

Facture N° 00663 /

Casablanca, le 18/09/79

QUANTITE	DESIGNATION	P.U	TOTAL
2	EXforge 10/160	361,00	722,00
2	Tenoretic 50/72,5	68,70	736,20
			
			
			
Arrêtée la Présente Facture à la somme de :		Total HT	858,20
		TVA 20%	
		Total TTC	

Pharmacie TAM
Dr. Bennani-Jaafar
302, Bd Oued Sebou - Oulfa
CASABLANCA
Tél: 0522 90 18 99

Visa Direction