

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

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7008 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : KTRI JAQUAD

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 061373313 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfan

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'at^e médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : _____ Le : _____ / _____ / _____

Signature de l'adhérent(e) :

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 bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux

O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		
		H	25533412 21433552	
D		00000000 00000000		G
		00000000 00000000		
		35533411 11433553		
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				

--	--	--	--

VOLET ADHERENT	NOM : <i>KT R. J. JAOUAD</i>	Mle <i>7308</i>
----------------	------------------------------	-----------------

DECLARATION N°	W16-066380	
----------------	------------	--

Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<i>16/10/13</i>	<i>53740</i>	<i>3</i>

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



W16-066380

DATE DE DEPOT

12/10/2013

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle *7308*

Nom & Prénom *KT R. J. JAOUAD*

Fonction : *Retraitee* Phones *0661 373313*

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

JANAH

Adhérent Conjoint Enfant Age *62 ANS*

Date *15/10/2013*

Date 1ère visite

Nature de la maladie

DIABETE

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

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires

PHARMACIE

Montant de la facture

Date *11/10/2013*

537,40

*Pharmacie Dr. Khalid JOURA
El Souk, Rabat, Maroc
Tél. 0524 871821*

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

JAOUAD

صيدلية الكوثر
PHARMACIE AL KAWTHAR

Dr Khalid LOUAFI

Dr Khalid LOUAFI

247, Av. Allal Ben Abdellah

Hay Chemaou - Salé

Tél. : 037.84.45.65



le 11/10/2013

Facture N° 0049/19

M. KIRZ JAMES

