

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 signé 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 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

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| O Réclamation | contact@mupras.com |
| O Prise en charge | pec@mupras.com |
| O Adhésion et changement de statut | adhésion@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 à caractère personnel.

MUPRAS est membre du Réseau d'Assurance Sociale Marocain (RASM) et fait partie de la Confédération Nationale des Mutuelles Marocaines (CNMM).



Déclaration de Maladie

N° W19-482630

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule	1234	Société	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : SAFRI Abdelkader			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	0674315812	Total des frais engagés :	Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	/ /
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : _____ / _____ / _____

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 canalaires, 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 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553		
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			

VOLET ADHERENT NOM :

Mle

DECLARATION N° W18-377341

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



W18-377341

DATE DE DEPOT

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

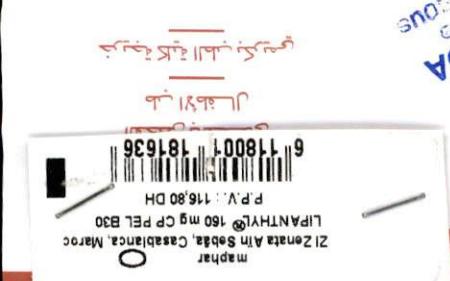
A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 1234	 Dr. Loubna BERRADA Médecin Généraliste Imm. C31 Res. Al Firdaus H.H Casablanca Tel. 05 22 90 56 25	
Nom & Prénom SAFRI Abdelkader				
Fonction RETRAITE		Phones. 06 74 31 58 18		
Mail				
MEDECIN		Prénom du patient Abdelkader		
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age Date 26/10/81		
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		
		X150 DH		
PHARMACIE		Date 25/09/19		
Montant de la facture				
		604,93		
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES		Date :		
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	

PHARMACIE NASRI

 Dr. Rachid NASRI
 75bis Rue El Hassan II-Casa
 May 1993 022 93 28 74

App. N° 1, lmm. C32, Rue de chaussee, Residence AlFridaus - Hay Hassani - Casablanca
05 22 00 56 25 : (33) - 05 22 00 56 25 : (33) - 05 22 00 56 25 : (33) - 05 22 00 56 25 : (33)

PPV:
PER:
Lot:
CT001E
04 2024
64 00



25

25

1106 G ✓
S097 ✓ ~~for further info see
S098~~ ✓ *
S093 ✓ ~~for further info see
S094~~ ✓ *

Patient (e) Imm. Casablanca, Dr. Louhna BERADA

Diplôme de l'université de médecine de CRIMEE

Echographie Pédiatrie

6 118001 181636
P.P.V. : 116.00 DH
LIPANTHY : 160 mg CP PEL 380
Zentrali Am Sberg Casablanca Maroc
maphar