

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 :

- Tes 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

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Réclamation | contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhésion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 04-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

051 52 66 51



Déclaration de Maladie

N° W19-486577

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1518

Société :

NATIAH

Autre : Abdesselam

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0640080075.

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° W19-486577

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 :

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
				Montant des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux
	D 25533412 00000000 00000000 35533411	H 21433552 00000000 00000000 11433553	G	Montant des soins
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis
				Fin d'exécution
VISA et cachet du praticien attestant le devis	VISA et cachet du praticien attestant l'exécution			



P 17 / 0064737

DATE DE DEPOT

01/11/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 01518		
Nom & Prénom		<i>NAJIA Abdessalem</i>		
Fonction	Retraitee	Phones 064928025		
Mail				
MEDECIN	Prénom du patient NAJIA SANIRA			
<input type="checkbox"/> Adhérent	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	Age 53 ans	Date 29/10/2019
Nature de la maladie		Date 1ère visite		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances <i>Diabète + HTA</i>				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
C	1	<i>G</i>		
PHARMACIE	Date 29/10/2019		Signature et Dr. SIBAI HALA MEDECIN GÉNÉRALISTE Lottissement Lina Lot N° 186 Sidi Mâarif - Casablanca <i>Sibai</i>	
Montant de la facture		<i>428,40</i>		
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES		Date		
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires		
		<i>91 NOV. 2013</i>		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	

Docteur Hala SIBAI

الدكتورة هالة السباعي

Médecin Généraliste
Diabétologue - Nutritionniste
Lot. Lina N° 186 Sidi Maârouf - Casablanca
Tél.: 05 22 97 46 89

العام 20,80
ن داء السكري 20,80
ي معروف - الدار البيضاء 20,80
05 22 97 46 20,80

PHARMACIE AHMIDA
Rue 1100 Complexe Commercial
Sidi Maârouf - Casablanca
Tél: 0522 33 55 82 - 06 03 39 93 14
ICE: 000483700000083

Ordonnance

Casablanca, le : 29/10/19

NAJAH SANIRA

20,80 X 3

1/ Glucophage 500

LOT: 033
PER: MAR 2022
PPV: 58 DH 00

58,00 X 3 1cp/j soir 3 m

LOT: 031
PER: NOV 2021
PPV: 58 DH 00

2/ Orofine pomm

LOT: 026
PER: JAN 2021
PPV: 58 DH 00

48,00 X 24 OROFINE POMM
PHARMACIE AHMIDA
RUE 1100 COMPLEXE COMMERCIAL
SIDI MAAROUF CASABLANCA
TÉL: 0522 33 55 82 - 06 03 39 93 14
ICE: 000483700000083

3/ Simcoer

(S.V)

48,00 /
48,00 /

1cp/j sei

48,00 /
48,00 /

428,40

Dr.
Ms
Lotis
Sidi