

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

Dos n° N° W19-497146

11153

CAF

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

8741

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

JAAFAR SAÏ EL HASSANE

Date de naissance :

26/11/67

Adresse :

CASA

Tél. :

051 456 897

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Enfant

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

04 DEC 2013

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

Jaafar



FEUILLE DE SOIN N° DATE DE DEPOT

W

A REWIND: PABLA VIEILLE EN UN

NOM & Prénom	JAAFAR YASSINE		Telephone	0661456817	Signature de l'adhérent
Fonction	Matricule	Mail			
CDI	8341	Jaafarhassineofficiel			

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

NOM & Prénom du patient :	Age	Date de la première visite	
JAHANAR YASSINE	05 Octo 2019		
Nature de la maladie	Adhérent	Conjoint	Enfant
Allergie(s) : None			

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

RELEVE DES FRAIS & HONORAIRES DU MEDECIN

Dates des actes	Nature des actes	Nombre de Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
05 Octo 2019	a.	a	9500

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Dates	Montant de la facture

ANALYSIS OF RADIOGRAPHS

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Dates	Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires
--	-------	------------------------------	---------------------------------

AUXIHAUS MÉDICAUX

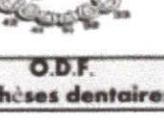
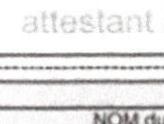
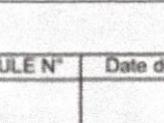
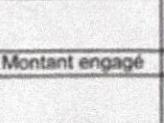
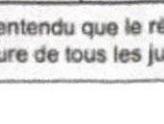
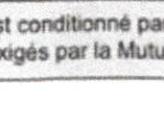
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Dates	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

SOINS ET PROTHÉSES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée. Facile à pratiquer 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'ODT.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux
	GAUCHE				<input type="text"/>
	DROITE				<input type="text"/>
	DROITE				<input type="text"/>
	GAUCHE				<input type="text"/>
	DROITE				<input type="text"/>
	GAUCHE				<input type="text"/>
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux	
	DROITE		D		
	DROITE		H		
	DROITE		G		
	DROITE		B		
	DROITE				
	DROITE				
	DROITE				
	DROITE				
	DROITE				
	DROITE				
	DROITE				
	DROITE				
	DROITE				
	DROITE				
	DROITE				
	DROITE				
	DROITE				
	DROITE				
	DROITE				
	DROITE				
	DROITE				
	DROITE				
	DROITE			<img alt="Diagram of lower teeth showing dental numbers 31 to 41 and 42 to 52." data-bbox="390 1515	

VOLET ADHÉRENT

NOM du Patient :

DECLARATION N

1

MATRICULE N° Date de Dépôt Montant engagé Nbre de pièces jointes

ATTACHMENT 4 SPANISH GRAMMAR

Il est entendu que le règlement est conditionné par la **Durée de**

Il est intéressant que le réglement des cotisations soit fondé entièrement sur les justificatifs exigés par la Mutualité.

l'ouverture de tous les justificatifs exigés par la maison de retraite

Il est entendu que le règlement est conditionné par la finalisation de tous les justificatifs avérés par la Mutualité

Cachet
MUPRAS