

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.

Optique 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.

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

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



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0029L

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Thami Bakhdid

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 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 :

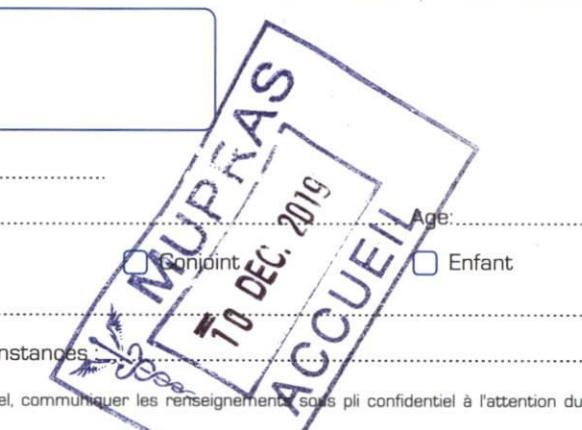
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-041367

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
DROITE					
HAUT					
BAS					

O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux
DROITE		H	25533412 00000000	21433552 00000000	
HAUT		D	00000000 35533411	00000000 11433553	
BAS		G			

(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'execution

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		P 17 / 0063210	
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			

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <i>Thami Bakdidi</i>	Signature de l'adhérent		
Nom & Prénom <i>Thami Bakdidi</i>		Fonction <i>Retraité</i>			
Phones		Mail			
MEDECIN	Prénom du patient <i>Bakdidi Thami</i>				
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>		Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>		
Age		Date 1ère visite <i>14/10/2019</i>			
Nature de la maladie <i>Dermatologique</i>					
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances					
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
<i>Contrôle</i>			<i>0 statut</i>		
PHARMACIE		Date <i>14/10/19</i>			
Montant de la facture		<i>369.00 m</i>			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date			
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires			
		<i>CACHET</i>			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date			
Nombre		Montant détaillé des Honoraires			
AM	PC	IM	IV		
				<i>CACHET</i>	



Casablanca, le

14 / 10 / 119

الدار البيضاء، في

Ordonnance

نº Ba Kdil Thami

369.00

1) - Préparation

- Vaseline simple (50g) 
- Dermofix cire (M tube)
- Diprosone pommele (Adult 30g)
- Dermoval cire (Adult 30g)

نº 16667001

3.12

Appel à la cri sur les lèvres



RDV logins