

# 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.

## Biologie 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

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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 063922

ND: 33535

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2617 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHASIA MOHAMED

Date de naissance : 02/11/56

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 : CASIA

Le : 21/04/2020

Signature de l'adhérent(e) :

*CH*

P 14 / 0052318

DATE DE DEPOT

/ / 201

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle 2617	Signature de l'adherent
Nom & Prénom CHAÏA MOHAMED			
Fonction RETRAITE	Phones 0670274025		
Mail ch.mohamed.ch@hotmail.fr			

<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient M. MENE		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age 64 ans
Nature de la maladie			Date 1/04/2020
			Date 1ère visite

CHRONIQUE

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			Signature et cachet du médecin
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	

<b>PHARMACIE</b>	Date	Signature et cachet de la pharmacie
Montant de la facture	929.70	

<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date	CACHET
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		

<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>				Date	CACHET
Nombre				Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV		

ICE : 001525945000041 – Patente : 34402734 – IF : 42044350 – RC : 180264

Cardioaspirine 100 mg/30cps **O**  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



54,00

LOT: 301  
SER: AUT 2022  
P.V: 89 DH 01  
**28**

Ne pas utilisé c'est ouvert  
246  
04/2022  
CJ3640

Ne pas utilisé c'est ouvert  
246  
04/2022  
CJ3640