

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 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

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.

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° W19-466436

ND² 36203

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 2291		Société : MM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : El Hafi Khalid			
Date de naissance : 08.09.1957			
Adresse : 93 LOT AL ABSIL MOHAMMED A			
Tél. : 0668427177	Total des frais engagés : 756.00 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.

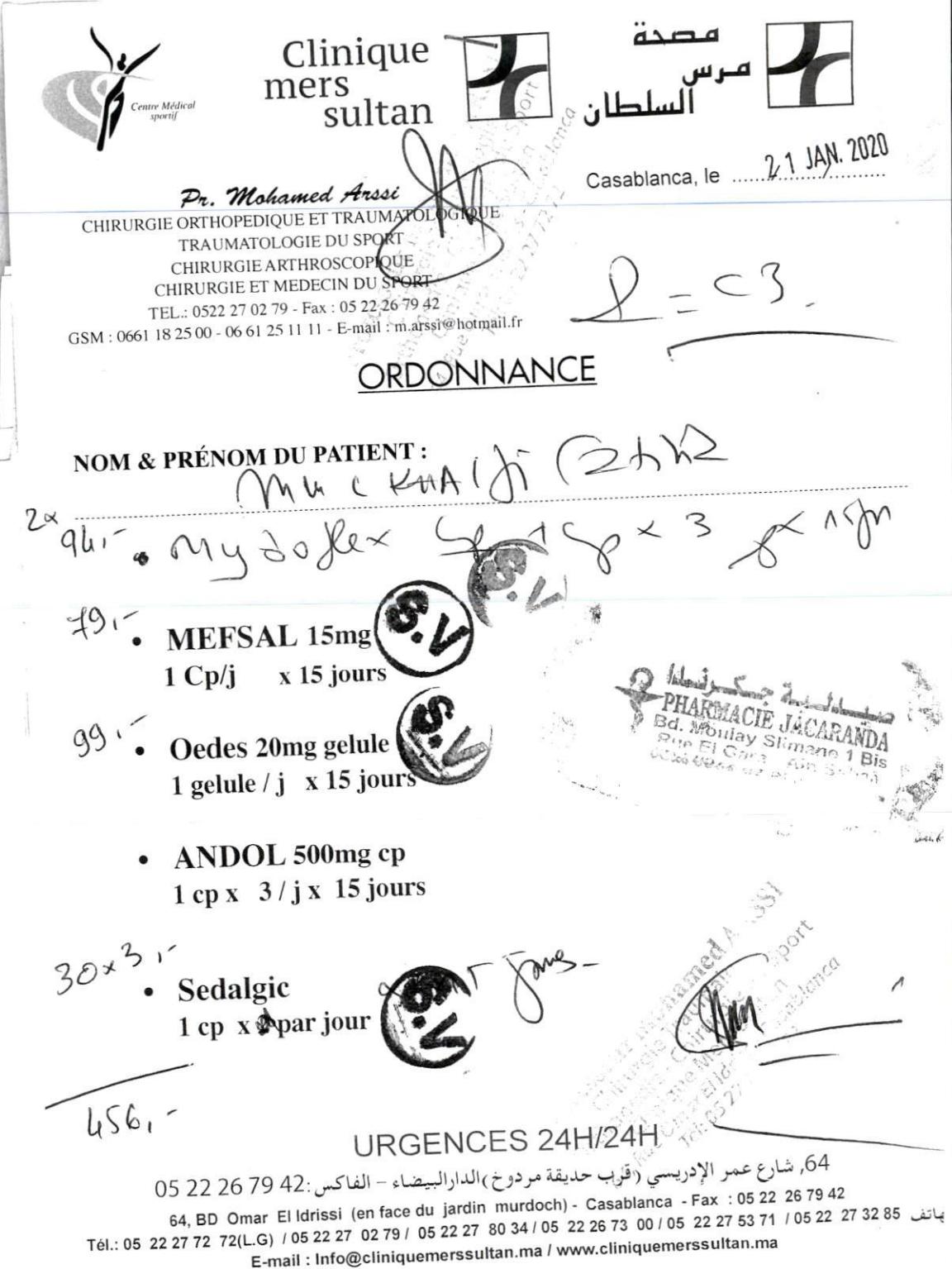
Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 10/10/2020

Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant	21/1/20 Orthosport Clinique Mers Sultan 64, Rue Omar El Idrissi - Casablanca Tél : 05 22 27 72 (L.G) / 05 22 27 80 34 / 05 22 26 73 00 / 05 22 27 53 71 / 05 22 27 32 85 E-mail : Info@cliniquemerssultan.ma / www.cliniquemerssultan.ma	300/00
Pharmacie	21-1-20 PHARMACIE JACARANDA Bd. Moulay Slimane 1 Bis Rte El Gara - Ain Senna Casablanca - Maroc Tél : 05 22 27 72 (L.G) / 05 22 27 80 34 / 05 22 26 73 00 / 05 22 27 53 71 / 05 22 27 32 85 E-mail : Info@cliniquemerssultan.ma / www.cliniquemerssultan.ma	456,-
Analyses / Radiologie		
Auxiliaires médicaux		

VOLET DÉTACHABLE





Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

AFF : / -

CONTRACTANTE : LESIEUR
NOM DE L'ASSURE : EL KHALFI FATIHA
BENEFICIAIRE : EL KHALFI FATIHA
DECLARATION N° : 18346320

/ 752932/

/ 73734

CONTRAT N° : 9106 60 / 357000
CERTIFICAT N° : 2185878 MATRICULE : 343
DATE DE LA DECLARATION : 21/01/2020
DATE DE REMBOURSEMENT : 11/03/2020

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYÉ	REMBOURSEMENT ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMBOURSEMENT	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMBOURSEMENT
5	Consultation spécialiste	300.00		300.00		85%	255.00
15	Pharmacie	456.00		456.00		85%	387.60
TOTAUX		756.00		756.00			642.60

OBSERVATIONS :