

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.

Médecine 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 caractére 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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08752 Société : RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Cheliat Tarek

Date de naissance :

03/11/1969

Adresse :

7 Rue Mohamed El Yazdi (ex Rhodes) Institut des hôpitaux. Casablanca

Tél. : 0661310005

Total des frais engagés : 974,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

25/12/2019

Nom et prénom du malade :

ATYA Hanane

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

complément de Remboursement

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 : Casablanca

Le : 25/02/2020

Signature de l'adhérent(e) :





DECOMpte DE PRESTATIONS MALADIE

Contrat N° : 0044.4501.801320-00 Ste Contractante : BOOMERANG Soin du : 25/12/2019
 Adhésion N° : 00000003 Adhérent(e) : ATYA HANANE Sinistre N° : 2019.4500.213912
 Malade : Lui même Déclaré le : 25/12/2019 Date Règlement : 27/01/2020
 N° Règlement : S202001007424

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%)/Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
(*) PHARMACIE	174.40	58.40	116.00	90.00	104.40
SOINS DENTAIRES	800.00	200.00	600.00	90.00	540.00
Totaux	974.40	258.40	716.00		644.40
Dossier N° :	000722469	Règlement Compagnie (Dhs)			644.40

Observation(s) :

(*) PRODUIT SOLUPRED 58.40DH....: NON REMBOURSABLE

Signature de l'adhérent(e)



DECOMpte DE PRESTATIONS MALADIE

Contrat N° : 0044.4501.801320-00 Ste Contractante : BOOMERANG Soin du : 25/12/2019
 Adhésion N° : 00000003 Adhérent(e) : ATYA HANANE Sinistre N° : 2019.4500.213912
 Malade : Lui même Déclaré le : 25/12/2019 Date Règlement : 27/01/2020
 N° Règlement : S202001007424

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%)/Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
(*) PHARMACIE	174.40	58.40	116.00	90.00	104.40
SOINS DENTAIRES	800.00	200.00	600.00	90.00	540.00
Totaux	974.40	258.40	716.00		644.40
Dossier N° :	000722469	Règlement Compagnie (Dhs)			644.40

Observation(s) :

(*) PRODUIT SOLUPRED 58.40DH....: NON REMBOURSABLE

Signature de l'adhérent(e)

Docteur Khalid OUDGHIRI

Chirurgien Dentiste
Spécialiste en Orthodontie
enfants et adultes

الدكتور خالد ودغيري

طبيب جراح للأسنان

اختصاصي في تقويم الأسنان

Casablanca, le 23 M 19

M Hennene Attaya

116,00

Lemna 18

SW

18h 20 J 101

58,40

Polypharm 2

SP

34/13 31

174,40



Dr Khalid OUDGHIRI
Spécialiste en Orthodontie
enfants et adultes
Casablanca - 161.022.47.28.18
Spécialiste en Orthodontie
enfants et adultes
Casablanca - 161.022.47.28.18



000722469

85/12

Société Anonyme au Capital de 250.000.000 de Dirhams
Entreprise régie par la loi N° 17-99 portant code des Assurances
C.N.S.S. 113 6680 - R.C. Casa 5825 - T. P. 357 70111- I. F. 1084016 - ICE 000230942000017
181, Boulevard d'Anfa - Casablanca - Tél.: 05 22 95 78 78 (L.G.) - Fax : 05 22 36 07 96

DECLARATION DE MALADIE

(à utiliser par maladie et par personne)



N° de la convention	N° d'adhésion
80A320	

CONTRACTANT

ATD

NOM ET PRENOM
DE L'ASSURE

Hanane ATY A

NOM ET PRENOM
DU MALADE

Elle même

Degré de parenté
avec l'assuré

Le Contractant
(Cachet et Signature)

BÖMERANG
COMMUNICATION
1, Boulevard Ardent Ben Haddou
Racine - Casablanca
Tél: 05 22 94 27 12 - Fax: 05 22 94 32 75

A ... Casabla Le 25/12/13

Signature de l'Assuré

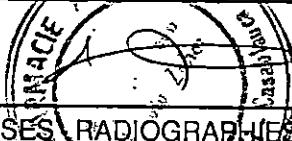
A. REMPLIR PAR LE MEDECIN

NOM et Prénom du malade Hervé Attejo Age : Ans
Nature de la maladie
En cas d'Accident (Causes et Circonstances)SI

DETAIL DES SOINS

CONSULTATIONS - VISITES - CHIRURGIE - HOSPITALISATION

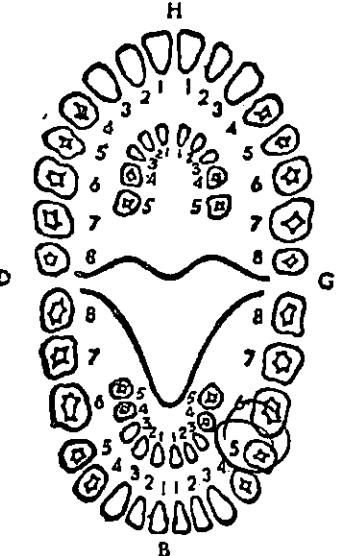
EXECUTION DES ORDONNANCES

Montant	Cachet du Pharmacien	
174,40		
ANALYSES RADIGRAPHIQUES		
Dates	Coefficients	Montant 022 86,5 Cachet et Signature du praticien

ACTES MEDICAUX OU PARAMEDICAUX

Dates	Désignations	Montant	Cachet et Signature du praticien

SOINS ET PROTHESE DENTAIRES

 <p style="text-align: center;">Le traitement de prothèse doit d'abord être soumis à l'accord de la Compagnie.</p>	<input type="radio"/> DEVIS Etabli le		<input checked="" type="radio"/> TRAITEMENT Commencé le ... <u>15/12/19</u> Terminé le ... <u>26/12/19</u>		
	SOINS				
Date	Dents traitées	Nature de l'intervention	Coefficient	PROTHESE	
26/12/19	C	DC	C	Prothèse mobile - Couronne - dent à tenons	
				<input type="radio"/> Création <input type="radio"/> Remontage <input type="radio"/> Adjonction	
Partie réservée au contrôle		Montant des soins DH <u>800</u>		Montant de la prothèse DH <u>100</u>	
Cachet et Signature du praticien (s'il s'agit d'un devis)				Cachet et Signature du praticien apres examen et acceptation de la paient des soins et/ou de la prothèse	