

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVRER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

Nº M21- 0020574

82609 75268

Optique

Autres

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2291 Société : RFM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : CHAFI KHALID

Date de naissance : 08/09/57

Adresse : 28 lot AL ASSIZ MOHAMMEDIA

Tél. : 06 81 60 71 77 Total des frais engagés : 624 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Pour Complément

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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 : MOHAMMEDIA Le : 07/02/21

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT Déclaration de maladie Nº M21-0020574 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 : 2291 Nom de l'adhérent(e) : CHAFI Total des frais engagés : 624 Date de dépôt : 02/09/21
---	---

	Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant	22-02-2021	Dr BIAZ Imane Spécialiste en Dermatologie Vénéréologie Tél.: 05 23 31 01 11	250,00
Pharmacie	22/2/21	B	376,00
Analyses / Radiologie			
Auxiliaires médicaux			

Dr. BIAZ IMANE
 Spécialiste en Dermatologie Vénérologie
 Médecine Esthétique et anti âge
 Laser médicaux
 Sclérothérapie
 Chirurgie Dermatologique (Peau et Ongles)
 Allergologie



Ancienne attachée des Hôpitaux de Paris
 et CHU Ibn Rochd à Casablanca
 Sur Rendez-vous

الدكتورة إيمان بياز
 اختصاصية في الأمراض الجلدية والتتناسلية
 جراحة الجلد والأظافر
 طب التجميل ومكافحة الشيخوخة
 الليزر الطبي
 سكليروتيرابي
 الحساسية

ملحة سابقة بمستشفيات فرنسا
 و المستشفى الجامعي بالدار البيضاء
 بالموعد

RHALFI Fatiha le 22-02-2021
 Dr BIAZ Imame 66as fcv odsey
 1 Clevideme orene 1's date
 20,00 Dapp le 02/02/2021
 - lebris du cou
 - plis imprunus.
 238,00 2 Hydocalme orene apaisante date
 116,00 Dappa d'app - nai - mch 15,25
 - ADERMA vel douche supur
 31 31 zell A Reiger
 شارع الحسن الثاني، عمارة وليد C الطابق 3 الرقم 11 - المحمدية
 Bd. Hassan II, Imm Walid C, N° 11 3ème Etage - Mohammedia
 Tél. : 05 23 31 01 11 / E-mail : emieme@hotmai.fr
 INPE : 091235242 - CNSS : 4901220 - ICE : 001676182000085
 376,00

X
VOLET DÉTACHABLE



Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

AFF : / -

CONTRACTANTE : LESIEUR

/ 853581/

CONTRAT N° 9106 60 / 357000

NOM DE L'ASSURE : EL KHALFI FATIHA

CERTIFICAT N° 2185878 MATRICULE : 343

BENEFICIAIRE : EL KHALFI FATIHA

DATE DE LA DECLARATION : 22/02/2021

DECLARATION N° : 19584347

DATE DE REMBOURSEMENT : 11/03/2021

/ 79887

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYÉ	REMBOURSEMENT ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMBOURSEMENT	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMBOURSEMENT
5	Consultation spécialiste	250.00		250.00		80%	200.00
15	Pharmacie	374.00		20.00		80%	16.00
TOTAUX		624.00		270.00			216.00

OBSERVATIONS :