

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.

Reéducation :

- 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

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Réclamation | contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | pec@mupras.com |
| 0 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.



Déclaration de Maladie

N° W19-599538

85292

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0355 Société : RAN
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : KAROUNY Ahmed
 Date de naissance : 01/01/1913
 Adresse : Rue Abdelhakim ben Abi Al Hattab
 Villa 21 Val d'Africa Caraplatance/Cera
 Tél : 0522360117 Total des frais engagés : 2100 DA Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 25/08/2021
 Nom et prénom du malade : KAROUNY Ahmed Age : 78
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Cancer pulmonaire
 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 : 25/08/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-599538

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 :

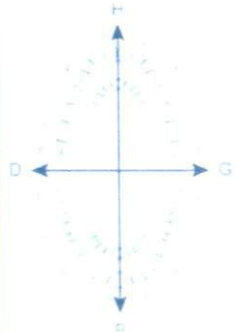

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant l'opportunité des Actes
25 AUG 2021	C L1K16	300	25	
25 AUG 2021	K80	900	25	
25 AUG 2021	K80	900	25	

EXECUTION DES ORDONNANCES	
<p>Pharmacie du Phare E : 000836976000039 Avenue du Phare - CASABLANCA 0522 26 68 19 - Fax: 0522 48 22 92</p>	<p>Date</p> <p>25/12/21 17h30</p>

[illegible]

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES					
Date et lieu	N° de la feuille	N° du bordereau	Frais de voyage	Honoraires	Total
Important :					

<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>	<p>DETERMINATION DU CœEFFICIENT MASTICATOIRE</p>	<p>CœEFFICIENT DES TRAVAUX</p>
		<p>MONTANT DES SOINS</p>
	<p>[Creation, remont, adjonction]</p>	
		<p>DATE DE FIN</p>
		<p>DATE DE L'EXÉCUTION</p>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION