

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.

Diagnostique 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° M21- 1055805

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2742 Société : Ref RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HADIJA ABDESSAMAD
Date de naissance : 1957
Adresse : 42 Blvd Sidi Abdelaziz
RES ABBAS 6689
Tél. : 0661959589 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

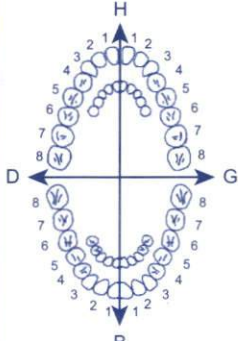
[illegible][illegible][illegible][illegible]

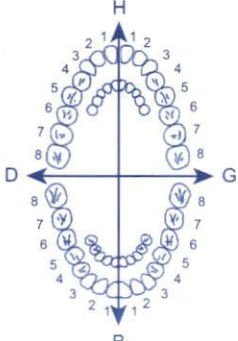
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

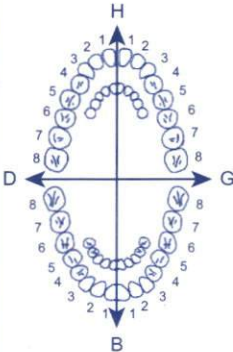
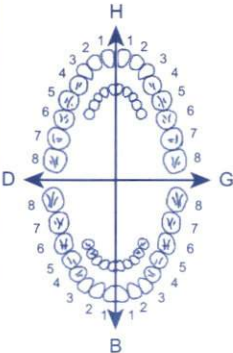
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE		
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: right;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: left;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: right;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: left;"> 00000000 11433553 </div> </div>	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/>	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/>
			DATE DU DEVIS <input style="width: 80px;" type="text"/>
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div><div>H</div><div><div>D</div><div><div>25533412</div><div>00000000</div><div>00000000</div><div>35533411</div></div><div><div>21433552</div><div>00000000</div><div>00000000</div><div>11433553</div></div><div>G</div></div><div>B</div></div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
				MONTANTS DES SOINS	
	<div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>				
				DATE DU DEVIS	
				DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

Détails du Décompte de Remboursement***T45D2ID13009071***

Payeur:	Allianz Maroc	Date:	11/12/2021
Police:	GEORGE WASHINGTON ACADEMY	Police #:	1400747
Sous Contrat:	GEORGE WASHINGTON ACADEMY	Matricule	6
Adhérent:	PAULA JEAN DAVEY EP. HDIJA	Carte #:	5587-C7DA-2CBC-5895
Transaction #:	15330217	OP #:	13009071

Bordereau#:	12571242	Date Réception:	11/5/2021	Libellé:	1400747 - sogeassur
-------------	----------	-----------------	-----------	----------	---------------------

Cher(e) **PAULA JEAN DAVEY EP. HDIJA**

Merci de nous avoir envoyé votre demande de remboursement. Veuillez trouver ci-dessous le détail des paiements selon les conditions et les termes de votre contrat.

Bénéficiaire: PAULA JEAN DAVEY EP. HDIJA**Carte #:** 5587-C7DA-2CBC-5895**Produit:** GEORGE WASHINGTON ACADEMY

Référence #	Référence Secondaire #	Date	Fournisseur	Réclamé	Approuvé	Franchise	Co-part	PP Share	Remboursés	Dev
NCRM0282509/1		18/10/21	Prestataire non	2,725.10	2,725.10	0.00	408.77	0.00	2,316.33	MAD
Consultations-CONSULTATION SPECIALISTE(1)				200.00	200.00	0.00	30.00	0.00	170.00	
Pharmacie et Vaccinations-PHARMACIE ORDINAIRE(1)				2.525.10	2.525.10	0.00	378.77	0.00	2.146.33	
SUB-TOTALS				2,725.10	2,725.10	0.00	408.77	0.00	2,316.33	MAD

Sous-Total	2,316.33 MAD	Equivalent de	2,316.33 MAD
-------------------	---------------------	----------------------	---------------------

Allianz Maroc**2,316.33 MAD**Payer à: **PAULA JEAN DAVEY EP. HDIJA**Le montant de: **deux Mille trois cent seize Dirham Marocains trente-trois Centimes**

OP Remboursement #13009071, Transaction #15330217

11/12/2021***T45D3ID15330217***