

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 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

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 Aljal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aljal 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° W21-692876

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10773

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENKIRAN SIHAM

Date de naissance : 14/11/1977

Adresse : AN BAR KACEM VILLA HAFAR Souissi RABAT

Tél. : 0668 8159 91

Total des frais engagés :

500,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



101042679

Date de consultation : 08/03/2009

Nom et prénom du malade : Benkiran Siham

Age : 49

Lien de parenté : Membre

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Alphac CR

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

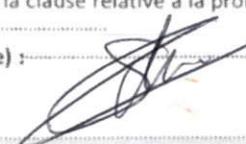
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : RABAT

Le : 08/03/2009

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-692876

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 :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
CP1E3 92%	6 Aut. -	1 KSK9	300,00 90,00 <u>500,00</u>	INP : 101042679

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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

DOCTEUR ALI CHRAIBI
CABINET OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
RESIDENCE TARFAYA RUE BENGHAZI
00212537701621
chraibiali_ma@yahoo.fr
INP 101042679 PATENTE 25111809
CNSS 2131514
ICE 002083068000092
10000 RABAT MAROC

Le 08/03/2022, Madame BENKIRANE Siham

1-VITANEVRIL CP

1 CP X TROIS PAR JOUR 15 JOURS

Dr. A. CHRAIBI
Spécialiste ORL
1, Rue Benghazi - 10000 RABAT
Tel : 03 52 50 95 93

**DOCTEUR ALI CHRAIBI
CABINET OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
RESIDENCE TARFAYA RUE BENGHAZI**

00212537701621

chraibiali_ma@yahoo.fr

INP 101042679 PATENTE 25111809

CNSS 2131514

ICE 002083068000092

10000 RABAT MAROC

Le 08/03/2022

Patient : Madame BENKIRANE Siham

NOTE D ' HONORAIRE

CONSULTATION	CS	300 DH
ASPIRATION CONDUITS AUDITIFS	K5X2	200 DH

PAYE CE JOUR LA SOMME DE CINQ CENT (500) DIRHAMS

*Dr. A. CHRAIBI
Spécialiste ORL
1, Rue Benghazi - RABAT
Tel : 067 71 95 93*