

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 soins
- 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 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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prese en charge : pre@mupras.com
- Adhesion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel

MUPRAS : Centre Alti Ben Abdallah - Borne Elage Angier Rue Mohammed Fakir et Rue Alti Ben Abdallah - Quartier de l'Harouge - Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (16) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Déclaration de Maladie



N° W21-669649

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7528

Société : 105935

Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre ☐

Nom & Prenom : ANSARI Fatima

Date de naissance :

Adresse :

Tel : 24444 Total des frais engagés : 6000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 24/03/2022

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-669649

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 :

Consultation le : 28/02/22 Quittance N°

IPP: 1 172 787 N° de dossier: A223379167

Patient: ANBARI FATIMA

Montant : 1 000,00 Dh (un millier et xx / 100)

Mode de paiement : Espece

Date d'encaissement : 28/02/2022

Description :

Medecin : E0333 BELMEKKI MOHAMMED

Motif: LASER OPHTALMIQUE

Païement effectué à la CAISSE OPHTA

Le reliquat éventuel sur les avances est restitué de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00.

Délai du résultat Test COVID-19 à partir de 48 heures.

Cachet du caissier :

de 8h30 à 12h00.

No. 1914352

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	INP : 101107755
28/02/2022			6	

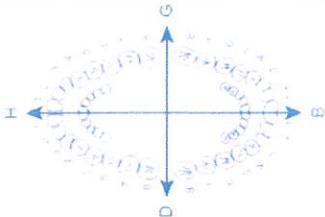
[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	* Désignation des Coefficients	Montant des honoraires *
			

[illegible]

VOLET ADHERENT

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

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
		H 2553412 2143355 0000000 0000000 D G 00000000 00000000 3553411 1143355 B			
		(Creation, remont, adjonction) Fonctionnel Therapeutique necessaire a la profession			
				DATE DU DEVIS	
				DATE DE L'EXECUTION	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	



Rabat, le :

18 février 2022

Mme ANBARI Fatima

Laser Yag OD

Dr. Mohammed BELMEKKI
Professeur d'Ophtalmologie
Hôpital Cheikh Zaid-Rabat
INPE: 10110779