

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.

Biologie 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.

Education :

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.

Prothésaire :

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

Reclamation : 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.

AS : 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



W18-368348
Déclaration de Maladie

Nº P19-0044523

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12277 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Benbella d. Dounia

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Do. amia 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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

Nº P19-044523

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 :

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 12277

Nom & Prénom : BEN BELAID Daouda

Fonction : Coache | Phones. 0662771538

Mail : benbelaid@otelainnara.com



MEDECIN

Prénom du patient : n° BEN BELAID DOUADA

Adhérent Conjoint Enfant Age

Date

Nature de la maladie

Date 1ère visite



13/06/19

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances



Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

C

3000DH

PHARMACIE

Date

Montant de la facture

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre

Montant détaillé des

Honoraires

AM

PC

IM

IV

Docteur Amina EL AOUADI

RHUMATOLOGUE

Avenue Hassan 1^{er}

47, Rue Abou Soufiane 1^{er} étage
à côté de l'hôtel BASMA (Centre ville)
Casablanca - Tél. : 05 22 49 13 80

الدكتورة أمينة العوادي
اختصاصية في أمراض الروماتيزم والمفاصل
محج الحسن الأول

47، زنقة أبو سفيان الطابق الأول
قرب فندق بسمة (وسط المدينة)
دار البيضاء - الهاتف: 05 22 49 13 80

Casablanca, le 13/06/19 الدار البيضاء، في

M BENBELAID DOUANIA

1/ VEGEBON gel chauffant

L'apprécier à fond

Dr. EL AOUADI Amina
RHUMATOLOGUE
47, Rue Abou Soufiane
(Centre ville) Casablanca
Tél. : 05 22 49 13 80