

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 canaux, 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 canaux.

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 Aïla Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïla 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° W19-448918

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3410 Société : R.A.M.
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : ZOUFI MHAAMED
 Date de naissance : 03/02/1960
 Adresse : 24 Rue des Tabors Oasis Casablanca
 Tél. : 0522984027 Total des frais engagés : 100 €
 OPTICIEUR PASCAL RAPOND
 CONVENTIONNE HONO. LIBRES

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 10 RUE DE LA PAIX
 75002 PARIS
 TEL. 01 42 66 28 30
 75 1 719 063 00 3 31 015
 Date de consultation : 12-09-2019
 Nom et prénom du malade : BOZOUAN Aicha Age : 53
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Consultation + prod de l'oeil
 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 : 12-09-2019 Le : 12-09-2019

Signature de l'adhérent(e) : CASABLANCA

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT LES SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom **BORAAM Aicha**
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))
numéro d'immatriculation
date de naissance **J 05/09/1966 A A**

code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par le médecin)

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))
numéro d'immatriculation
ADRESSE DE L'ASSURE(E)

IDENTIFICATION DU MEDECIN

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

DOCTEUR RAPOPORT PASCAL
15 OPHTALMOLOGIE
CONVENTIONNE HONO. LIBRES
MEDECIN REMPLACANT
nom et prénom
identifiant

**10 RUE DE LA PAIX
SELARL
75002 PARIS**
=> **75 1 71906 3 00 3 31 0 15 n°AM**
dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS

MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)
acte conforme au protocole ALD action de prévention autre **SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1**
(cf. la notice au verso : § précédé de "B" et les recommandations importantes)
accident causé par un tiers : non oui date **J J M M A A A A**
MATERNITE date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement **J J M M A A A A**
AT/MP numéro **ou** date **J J M M A A A A**

si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case
si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous
nom et prénom du médecin :
(s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)
accès direct spécifique urgence hors résidence habituelle médecin traitant remplacé accès hors coordination

ACTES EFFECTUES

(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : **J J M M A A A A**)

dates des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés ①	dépass.	frais de déplacement		
							I.D. ② M.D.	nbre	I.K. montant ③
12/09/2019	BGQP002	1		1	68,32 €				
12/09/2019	BJQP002	1		2	31,68 €				
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									

PAIEMENT

MONTANT TOTAL en euros (1+2+3) 100,00 €

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire
signature du médecin ayant effectué l'acte ou les actes signature de l'assuré(e) impossibilité de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale).
Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle.
En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.