

184525

AIT EL HAJ ISMAIL
ID nijk nijk

CENTRE RADIOLOGIE



SS 1153 88,0kV 8,0mA 55,1s 88,5mGy×cm²

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 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
- 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 Société à l'Alger Abdelhak ben Elmeghri Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Altai Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 29000 - Tél : 05 22 20 45 45 (CC) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie
N° W21-791813
PEC

- Maladie
- Dentaire
- Optique
- Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Mutuelle : 09MS Société : RAM

Matricule : 09MS

Actif Pensionné(e) Autre : ISSA

Nom & Prénom : AILE MANSOUR

Date de naissance : 08/10/1988

Adresse : Qu. Bourgois, Casablanca

Tél : 05 22 24 31 Total des frais engagés : 0 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/11/2023

Nom et prénom du malade : Aït El Haj Ismail Age : 35

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Soins Prothèses Dentaires

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 Le : 25/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-791813

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).

Mutuelle :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :