

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## tions 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.

## macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## ntaire :

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

Réclamation : 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 caractère personnel.

**MUPRAS** : 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02742

Société :

Ret - Ret

Actif       Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : H.D.I.A. Abdessamad

Date de naissance :

1957

Adresse :

H2 Blvd Sidi Abderrahmane

Boucraa

Tél. : 0661 959589

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : .....

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

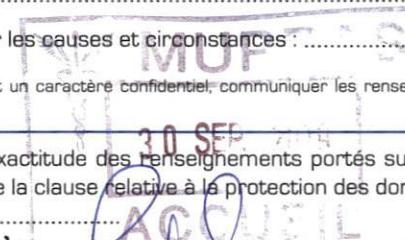
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Ret

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : R.D.I.A.



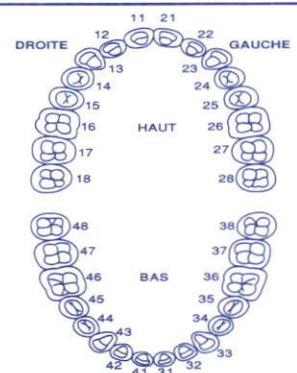
# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

## SOINS DENTAIRES



Dents  
Traitées

Nature  
des soins

Coefficient

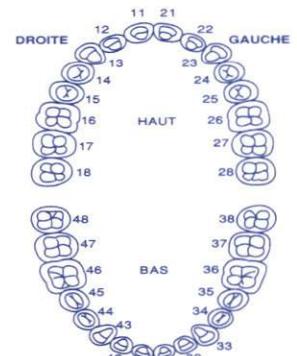
## Coefficient des travaux

### Montant des soins

### Début d'exécution

### Fin d'exécution

## O.D.F. Prothèses dentaires



Détermination du coefficient masticatoire

	H	
D	25533412 00000000	21433552 00000000
	G	
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		

## Coefficient des travaux

### Montant des soins

### Date du devis

### Fin d'exécution

Visa et cachet du praticien  
attestant le devis

Visa et cachet du praticien  
attestant l'exécution

## VOLET ADHERENT

NOM :

Mme

DECLARATION N° P 17 / 47388



Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

Cachet  
MUPRAS

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

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



P 17 / 047388

DATE DE DEPOT  
27/19 /2019

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme

Nom & Prénom : HALJA Abdessamad

Fonction : Ref Phones : 0661959589

Mail : Holgaia@yahoo.com

Signature de l'adhérent

MEDECIN Prénom du patient : Paula

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age :

Nature de la maladie :

Date :

Date 1ère visite :

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

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires

Signature et  
cachet du  
médecin

PHARMACIE Date :

Montant de la facture :

Signature et  
cachet du  
Pharmacien

ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date :

Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires

CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX Date :

Nombre	Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV

CACHET

### DECOMPTE DE REMBOURSEMENT MALADIE

Contractant : GEORGE WASHINGTON ACADEMY  
 Nom Adhérent : DAVEY EP. HDIJA PAULA JEAN  
 Malade : DAVEY EP. HDIJA PAULA JEAN  
 Intérmediaire : 01270 G.E.M.A. S.A.R.L.  
 Police N° : 00747  
 Adhérent N° : 00006  
 Matricule : 1  
 Date Maladie : 26/08/2019

<b>Code</b>	<b>Préstation</b>	<b>Frais Engagés</b>	<b>( Nbr*val ) Taux</b>	<b>Frais remboursés</b>
03	CONSULT.SPECIALISTE	200,00	85%	170,00
15	PHARMACIE	1736,70	85%	1476,19
<b>T O T A U X</b>		<b>1936,70</b>		<b>1646,19</b>

Observations :

Sinistre N° : 016277  
 Enregistré le : 11/09/2019

**RÉGIME COLLECTIF DE PRÉVOYANCE**  
**Assurance Maladie - Maternité**



**5 pièces justificatives**

e plus tard à la fin de chaque mois  
 ent suivant chaque période de  
 s 3 mois.

mois, Les pièces comportant des  
 Conseil. indications confidentielles sur les  
 maladies sont transmises sous pli  
 cacheté à l'intention du Médecin

le au Conseil.

**6**  
 intre Toutes pièces justificatives remises  
 ites à l'occasion d'un sinistre sont  
 conservées par l'Assureur.

**7**  
 En cas d'intervention chirurgicale,  
 faire indiquer sur la note de la  
 clinique :  
 \* les honoraires du chirurgien  
 ainsi que le coefficient K  
 correspondant à l'intervention,  
 \* la ventilation des frais annexes,  
 aides, anesthésie, etc.,  
 \* le nombre de jours  
 d'hospitalisation,  
 \* le détail des fournitures  
 pharmaceutiques.

**sinistre s'impose par  
 Maladie ou Accident).**

**À remplir par la contractante**

Cachet de la contractante

Numéro de police

Numéro d'affiliation de l'assuré

**À remplir par l'assuré(e)**

Nom et Prénom de l'assuré

DAVEY ép HDIJA Paula Jean

Date des soins

26/08/2019

Montant des frais exposés (DH)

Signature de l'assuré(e)

**À remplir par le médecin traitant**

Nom et Prénom de la personne traitée

W DAVID PAULA

Age

56

Lien de parenté avec l'assuré

MÈRE

Date de la première visite du médecin

Nature de la maladie ou de l'accident

évt grippe

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

Durée approximative de l'incapacité et des soins

Signature et cachet du médecin

A

Le

**Réserve à l'assureur**

Code gestionnaire

Montant remboursé (DH)

N° d'enregistrement



