

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Déclaration de Maladie
N° P19-0035209

Informations 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.

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 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

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 à 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 -
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Ret
Nom & Prénom : HAJA Abdessamad
Date de naissance : 1957
Adresse : 42 Blvd Sidi Abdessahmane
Boissieux Casablanca
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 : Le :

Signature de l'adhérent(e) :

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|----------|---|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|--|
| | | | Coefficient des travaux <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | Montant des soins <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | Debut d'exécution <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | Fin d'exécution <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F. Prothèses dentaires | Détermination du coefficient masticatoire | | Coefficient des travaux <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table> | | H | | G | | 25533412 | 00000000 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 00000000 | 11433553 | Montant des soins <input type="text"/> |
| | H | | G | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 00000000 | 21433552 | 00000000 | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 35533411 | 00000000 | 11433553 | | | | | | | | | | | | |
| (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession | | Date du devis <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
| | | Fin d'exécution <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
| Visa et cachet du praticien attestant le devis | | Visa et cachet du praticien attestant l'exécution | | | | | | | | | | | | | |

| VOLET ADHERENT | | NOM : | Mle |
|---|----------------|------------------------|-----|
| DECLARATION N° P 17 / 047388 | | | |
| Date de Dépôt | Montant engagé | Nbre de pièces Jointes | |
| | | | |
| 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 | | | |
| Cachet MUPRAS | | | |



P 17 / 047388

DATE DE DEPOT

27/19 /2019

| A REMPLIR PAR L'ADHERENT | | Mle |
|---|--|-----------------------------------|
| Nom & Prénom | | HAJJA Abdessamad |
| Fonction | Phones | Ref 0661959589 |
| Mail | | Hajja@yahoo.com |
| MEDECIN | | Prénom du patient Paula |
| Adhérent <input type="checkbox"/> | Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> | Enfant <input type="checkbox"/> |
| Age | | Date |
| Nature de la maladie | | 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 | Signature et cachet du Pharmacien |
| Montant de la facture | | |
| 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
 Intermédiaire : 01270 G.E.M.A. S.A.R.L.

Police N° : 00747
 Adhérent N° : 00006
 Matricule : 1
 Date Maladie : 26/08/2019

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

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.

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

6 Toutes pièces justificatives remises
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 ep HDEJA Paula Jean

Date des soins

26/08/2019

Montant des frais exposés (DH)

Signature de l'assuré(e)

Paula Jean

À remplir par le médecin traitant

Nom et Prénom de la personne traitée

M^{me} DAVEY 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

ent de l'inf

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

Réservé à l'assureur

Code gestionnaire

Montant remboursé (DH)

N° d'enregistrement

MOD 109 / version 11-2016 / Dlt - 100.000 - 06/2018

Docteur Bahija FADDI

MÉDECINE GÉNÉRALE
NUTRITHÉRAPIE DIÉTÉTIQUE
MÉDECINE ÉSTHÉTIQUE
ÉCHOGRAPHIE

Diplôme universitaire de la faculté de
médecine de Montpellier - FRANCE
de l'IHEPS et AMME

5, Rue des Mésanges Angle
Bd. Abderrahim Bouabid - N°6 - OASIS
Tél. : 0522 232 232
0661 14 66 66

الدكتورة بهيجة فاضي

الطب العام
الحمية والتغذية
طب التجميل
الفحص بأشعة الصدى
الشهادة الجامعية بكلية الطب
بمبولي فرنسا و ليهيس
5, زنقة ادي ميزانج زاوية شارع
عبد الرحيم بوعبيد - رقم 6 الوازير

0522 232 232 :
0661 14 66 66

Casablanca, le : 26 08 2019 في الدار البيضاء،

93,00 x 9 = 837,00
Amafonit 75

83,10 x 4 = 332,40 1p
Tendamine

189,10 x 3 = 567,30 1p
Tunelug

1736,70 1p C.R.

Pharmacie les Pyramides
Dr. Elmoustapha GHANDAF
6, Bis Bd. Abderrahim Bouabid
Tél: 0522 99 26 52 - Casablanca
INPE: 092049451 - ICE: 002072066000035

Pharmacie les Pyramides
Dr. Elmoustapha GHANDAF
6, Bis Bd. Abderrahim Bouabid
Tél: 0522 99 26 52 - Casablanca
INPE: 092049451 - ICE: 002072066000035

Pharmacie les Pyramides
Dr. Elmoustapha GHANDAF
6, Bis Bd. Abderrahim Bouabid
Tél: 0522 99 26 52 - Casablanca
INPE: 092049451 - ICE: 002072066000035

Relevé de frais d'honoraires

| Code de l'acte | Nature des actes | Nombre et coefficient | Montant détaillé des honoraires (DH) attestant le paiement des actes | Cachet et signature du médecin |
|----------------|------------------|-----------------------|--|--------------------------------|
| 101 | G2 | 1 | 2000 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Exécution des ordonnances

| Cachet du pharmacien ou du fournisseur | Montant de la facture (DH) |
|---|----------------------------|
| INPE: 092049451 - ICE: 0020720660000035 Tél: 0522 99 2652 - Casablanca 6, bis Bd. Abderrahim Bouabid Dr. Elmustapha GHANDAF Pharmacie les Pyramides | 1736,70 |
| | |
| | |
| | |
| | |

Analyses - Radiographies

| Date de l'ordonnance | Désignation des coefficients | Montant des honoraires (DH) | Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue |
|----------------------|------------------------------|-----------------------------|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Actes Médicaux ou Para Médicaux - Auxiliaires Médicaux

| Date des soins | Coefficients | AM | PC | IM | IV | Montant détaillé des honoraires (DH) | Cachet et signature du praticien |
|----------------|--------------|----|----|----|----|--------------------------------------|----------------------------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Déclaration de Soins et Prothèses

| Interventions | Dents traitées | Date des soins |
|---------------|----------------|----------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

O.D.F. et Prothèses Dentaires

Détermination

2 5 5 3 3
 D 0 0 0 0 0
 0 0 0 0 0
 3 5 5 3 3

(Création,
Fonctionnel Th
la

| Interventions | Dents traitées | Date des soins |
|---------------|----------------|----------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Visa et cachet du praticien attestant la pro