

## 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 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-470962

11177

CA



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

95 75

Société :

RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

NASBAR Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs



Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

06 DEC. 2019

Age:

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :



## DECOMPTE DE PRESTATIONS MALADIE

**Contrat N°** : 0173.4502.801480-00      **Ste Contractante** : VARUN BEVERAGES      **Soin du** : 18/10/2019  
**Adhésion N°** : 00000358      **Adhérent(e)** : JNAINY MAJIDA\*      **Sinistre N°** : 2019.4500.190431  
**Malade** : Lui même      **Déclaré le** : 22/11/2019      **Date Règlement** : 29/11/2019  
**RIB** :      **N° Règlement** : S201912001587

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%)/Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
CONSULTATION DE CARDIOLOGUE + ECG	300.00	0.00	300.00	80.00	240.00
Totaux	300.00	0.00	300.00		240.00

Observation(s) :

## Règlement Compagnie (Dhs)

240.00

## Observation(s)

### Signature de l'adhérent(e)

Suivez vos remboursements maladie  
en ligne sur SANAD Connect



## RECOMMANDATIONS

### TRES IMPORTANT

Pour obtenir le remboursement prévu, l'Assuré doit se conformer aux indications ci-après :

- 1 - Cette déclaration doit être dûment remplie, signée et cachetée par le ou les praticien (s)
- 2 - A cette déclaration il faut joindre :
  - L'Ordonance comportant le nom et le prénom de la personne malade inscrits par le medecin traitant.
  - Les prospectus, les vignettes et les P.P.M. des médicaments.
  - Les comptes rendus des analyses médicales (et ou) de radiographie.
  - En cas d'hospitalisation : la facture détaillée de l'établissement hospitalier.
- 3 - En cas de traitement dentaire il faut demander l'accord écrit de la compagnie pour les extractions de plus de 8 dents, pour la prothèse et les soins spéciaux.
- 4 - Toutes pièces concernant une maladie ou un accident doivent être remises à l'Assureur DEUX MOIS au plus tard après la constatation medicale.

« Conformément à la loi 09-08, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition au traitement de vos données personnelles. Ce traitement a été autorisé par la CNDP sous le n° A - A - 111 / 2014 »

### OBSERVATIONS DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCES



000444025

Société Anonyme au Capital de 250.000.000 de Dirhams  
Entreprise régie par la loi N° 17-99 portant code des Assurances  
CNSS 113 6680 - R.C. Casa 5825 - T.P. 357 70111-L.F. 1084016 - ICE 000230942000017  
181, Boulevard d'Anfa - Casablanca - Tél. : 05 22 95 78 78 (L.G.) - Fax : 05 22 36 07 96

## DECLARATION DE MALADIE

( à utiliser par maladie et par personne )



N° de la convention \_\_\_\_\_ N° d'adhésion \_\_\_\_\_

0358

CONTRACTANT .....

NOM ET PRENOM  
DE L'ASSURE .....

Jenny Djedda

NOM ET PRENOM  
DU MALADE .....

Jenny Djedda

Degré de parenté  
avec l'assuré .....

0 0

A ..... Le .....

Le Contractant  
(Cachet et Signature )

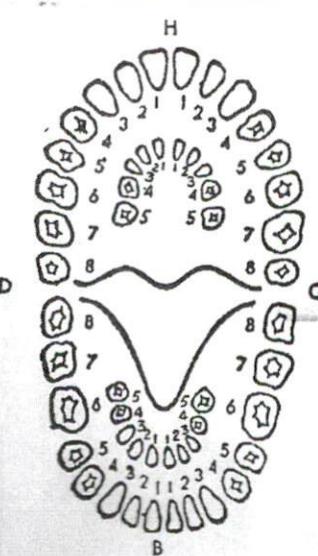
Signature de l'Assuré

**A. REMPLIR PAR LE MEDECIN**

NOM et Prénom du malade ... TANINY trajido ..... Age : ..... 1 Ans  
Nature de la maladie ... examen radios Mc Graw  
En cas d'Accident (Causes et Circonstances) .....

## DETAIL DES SOINS

## **SOINS ET PROTHESE DENTAIRE**



Le traitement de prothèse doit d'abord être soumis à l'accord de la Compagnie.

<input type="radio"/> DEVIS Etabli le .....				<input type="radio"/> TRAITEMENT Commencé le ..... Terminé le .....			
<b>SOINS</b>				<b>PROTHESE</b>			
Date	Dents traitées	Nature de l'intervention	Coefficient	Prothèse mobile - Couronne - dent à tenons <input type="radio"/> Création <input type="radio"/> Remontage <input type="radio"/> Adjonction			
<b>Montant des soins</b> DH .....				<b>Montant de la prothèse</b> DH .....			
Cachet et Signature du praticien (s'il s'agit d'un devis)				Cachet et Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement des soins (et ou) de la prothèse			

Jnainy, Majida  
ID:  
D-naiss  
ans.

18-Oct-2019 18:11:25

Fréq. Card. 69 BPM  
Int PR 128 ms  
Dur.ORS 77 ms  
QT/QTc 387/406 ms  
Axes P-R-T 32 52 50

RYTHME SINUSAL

ECG NORMAL

INTERPRETATION BASEE PAR DEFAUT POUR PATIENT AGE DE 40 ANNEE

Non confirmé

