

## 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 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



## Déclaration de Maladie

N° W19-466440

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2291

Société : RAM

48537

☐ Actif

☒ Pensionné

☐ Autre

Nom & Prénom : CHAH KHALID

Date de naissance : 08.09.1957

Adresse : 28 W AL ASSIL

Tél. : 0668407177

Total des frais engagés : 392,10

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.

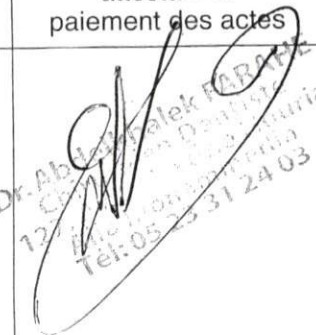
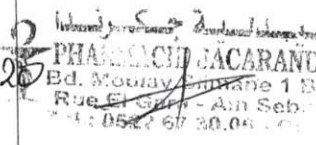
Fait à : 23/11/20

Le : 23/11/20

Signature de l'adhérent(e) :





	Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant	26/06/20		200,00
Pharmacie	26-6-2020		192,10
Analyses / Radiologie			
Auxiliaires médicaux			

VOLET DÉTACHABLE

Dr. Abae...

CHIRURGIEN DENTISTE  
Diplômé de la Faculté de  
Médecine Dentaire de Rabat

127, Av. Palestine Houria  
Alia - Mohammedia  
Tél : 05 23 31 24 03

Mohammedia, le 26/06/2020

Madame CHAFI FATHA

69,50 - DONTOMYCINE (3 M. U. I)  
1 cp matin et soir pendant 5 j

45,50 - CATAFLAM (50 mg)  
1 cp 3 x / j pendant 7j après les repas

77,10 - PRESIDENT (défense bain de bouche)  
En bain de bouche 3 x / j pendant 7 j

192,10

PHARMACIE JACARANDA  
Ed. Moulay El Gharb 1 Bis  
Rue El Gharb - Ain Sebâa  
Tél : 0522 67 30 06 - Casa

Dr. Abdelkhalik FARAHE  
Chirurgien Dentiste  
127, Av. Palestine Houria  
Alia Mohammedia  
Tél: 05 23 31 24 03

ريج حديه طب الأسنان  
بالرباط

127. شارع فلسطين الحرية  
العالية المحمدية  
الهاتف : 05 23 31 24 03



تأمين الوفاء  
Wafa Assurance

# Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

AFF : / -

CONTRACTANTE : LESIEUR  
NOM DE L'ASSURE : EL KHALFI FATIHA  
BENEFICIAIRE : EL KHALFI FATIHA  
DECLARATION N° : 19032430

/ 784592/

CONTRAT N° : 9106 60 / 357000  
CERTIFICAT N° : 2185878 MATRICULE : 343  
DATE DE LA DECLARATION : 26/06/2020  
DATE DE REMBOURSEMENT : 23/07/2020

/ 75969

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYE	REMBOURSEMENT ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMBOURSEMENT	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMBOURSEMENT
5	Consultation spécialiste	200.00		200.00		85%	170.00
15	Pharmacie	192.10		192.10		85%	163.29
TOTAUX		392.10		392.10			333.29
OBSERVATIONS :							

\* La cotation de l'acte effectué selon la Nomenclature Générale des Actes Professionnels

\*voir clause « Protection des données personnelles » au verso

Entreprise régie par la loi 17-99 portant code des assurances.