

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

- 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 :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° W21-725223

Par courrier

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 2785	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<i>DAOUADI ABDELHAMID</i>
Nom & Prénom : DAOUADI ABDELHAMID			
Date de naissance : 1957			
Adresse : Bloc 04 N° 330 BLAISER GAO			
Tél. : 0664 197279 Total des frais engagés : 1500,00 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Ministère de la Santé Publique Délégation Provinciale d'Agadir A. LOUAHINI Unité de Réfraction Régionale Optalmologie et Hégiennes Scolaire et Universitaire 01		
Cachet du médecin :	31/01/2022		
Date de consultation :	DAOUADI ISMAIL		
Nom et prénom du malade :	Age:		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	REFRACTOIRE		
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)

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-725223

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).

Le : 17/01/2022
Matricule : 2785
Nom de l'adhérent(e) : DAOUADI ABDELHAMID
Total des frais engagés : 1500,00 Dhs
Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
03/10/22	G	1	50000	INR: 50000/- Ministère de la Santé Publique et d'Agence Régionale de la Santé Publique A. 100% HIDI Réfractiologie Médecine et Universitaire

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	03/10/22		

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	03/10/22	n	n			1500 DH

VOLET ADHERENT

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Marone Optique

maroneoptique@yahoo.fr

RIB 101 010 2121178919410005 65

Imm IFRANE II N° 9 Av HASSAN II Q.I

80000 AGADIR

Tél: 05 28 82 82 64

Fax: 05 28 82 82 64

M. ISMAIL DAOUDI

FACTURE N° : F22/1519

Date : 03/10/2022

Désignation	Qté	Prix unit.	Valeur	TVA
ORGANIC 1.56 AR	1	450.00	450.00	20.0
ORGANIC 1.56 AR	1	450.00	450.00	20.0
MONTURE	1	600.00	600.00	20.0
Corrections :				
VL D. Sph: -2.00 Cyl: -0.50 Axe: 5°				
VL G. Sph: -1.50 Cyl: -0.50 Axe: 10°				
Total	3		1500.00	

Total H.T.	Total TVA	Total T.T.C.	Acompte	A PAYER
1250.00	250.00	1500.00	1500.00	0.00 Dh

MARONE OPTIQUE
 OPTICIEN - OPTOMETRISTE
 IMM. IFRANE II, N° 9 AV. HASSAN II
 Q.I. - AGADIR - Tél/Fax: 05 28 82 82 64

Ministère du Maroc
Ministère de la Santé
Région de Souss Massa
Délegation de la Préfecture d'Agadir Ida-O

Agadir Ida-O
Date : 09/09
Auteur : Dr. A. LOUAFI
N° de registre : 3-22932

ORDONNANCE
(RESULTATS DE LA REFRACTION)

60

Prénom : DAoudi

Prénom : ISMAIL

OEIL : -2,00 (-0,50 à 5°)

OEIL : -1,50 (-0,50 à 10°)

OEIL :

~~MAISON OPTIQUE~~
~~OPTIQUE ET SURMETROPIE~~
Imme. IFRANE II N° 9 R/H Riassan I
Q.I. AGADIR Tel/Fax: 05 28 82 82 64

AGADIR le : 03/10/22

CACHET et SIGNATURE

Ministère de la Santé Publique
Délegation Provinciale d'Agadir
A. LOUAFI
Unité de Refraction Régionale
Ophtalmologie
et Hégiénies Scolaire et Universitaire
Q. I.