

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.

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° W21-823002

CG
CG

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

8863

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Date de naissance :

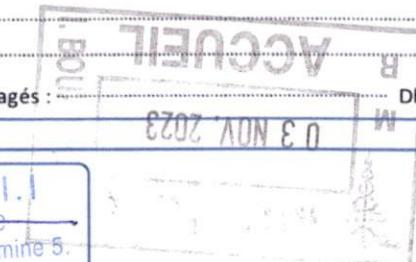
Adresse :

Tél. :

0660553288

Total des frais engagés :

Dhs



Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EL ABIDI.
Ophtalmologiste
Andalous III, résidence jasmin 5
Appart. B, Bouloura

Date de consultation :

16/10/2023

Nom et prénom du malade :

Zerrai, shems Eddoha

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Lunettes de vie (VL)

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) :

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
16/10/23	es		200 DH	INP : 061294886 Dr. El Oualalou Antalous III, résidence 100 Appart 6- Bouskoura

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

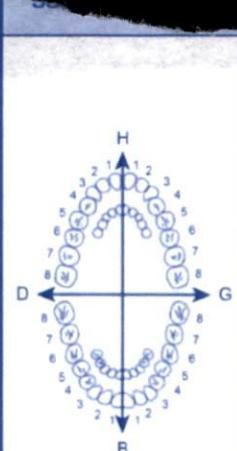
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

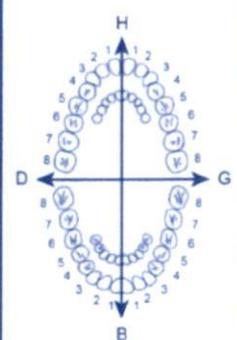
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
TREND OPTIQUE Dr. El Oualalou Bouskoura, Nou RCN: 500921 GSM: 06	18/10/2023					650,00 DH

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

FACTURE

CLIENT: ZERRAI SHEMS EDDOHA
 OPHTALMO: EL ABIDI INAS
 DATE DE PRESCRIPTION: 18/10/2023
 OPTICIEN(NE): TREND OPTIQUE

DATE FACTURE : 18/10/2023

NUMERO : 0220/23

Désignation		Qté	Prix TTC
LOIN:			
	MONTURE	1	100.00
OD	+0.50	1	275.00
OG	+0.75	1	275.00

Total HT	TVA 20%	Total TTC
541.67	108.33	650.00

Arrêtée la présente facture à la somme de: **SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS .TTC.**

MODE DE PAIEMENT: ESPECES



16/10/2023

Zerrai Shems Eddoha

Lunettes pour VL :
(verres + monture)

$$ODT = +0,5$$

$$OC = +0,75 D$$

TEEND OPTION 6
6,4mm 10CH 01/04/2011
Bouskoura
RCN: 500921 GSM: 052404111

Dr. EL ABIDI INAS
Andalous III, Résidence Jasmins 5, étage 2, N° 6
Ophtalmologue Jasmins 5
Bouskoura
à côté de Carrefour Market) Route 3011, Bouskoura

رياض الأندلس III إقامة الياسمين 5 الطابق الثاني شقة رقم 6 - بوسكورة

Riad Andalous III, Résidence Jasmins 5, étage 2, N° 6
(à côté de Carrefour Market) Route 3011, Bouskoura

05 22 59 01 97 / 06 96 30 40 78 - ophtalmobouskoura@gmail.com