

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0788 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAHLI CHI RABIA

Date de naissance : 30.11.1971

Adresse : Imm GHOFRANE 3 AV des FAR OREME

Tél. : 0661389707 Total des frais engagés : 3250 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09.09.2023

Nom et prénom du malade : HALOUI TAHIA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection oculaire/ correction

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : 16/01/2024 Le : 16/01/2024

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M22-0056828

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).

Matricule : 0788

Nom de l'adhérent(e) : LAHLI CHI

Total des frais engagés : 3250

Date de dépôt : 16/01/2024

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attaquant le Paiement des Actes
02/04/2014	G	G	G	Dr TALEB FARMAT ALI Médecin Résident - Ophtalmologie 000001002

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIographies

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
MARONI OPTIQUE OPTICIEN - OPTOMETRISTE Impr. FRANCOIS N° 9 Av. Hassan I 01 - AGADIR - Tél/Fax: 05 28 82 82 64	25/03/24					3250 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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le : 18/3/2024

Mr TAHA HAOUI

Lunettes pour correction optique
montures + verres (anti-reflet)
de l'œil

✓ OD : + 0,50
OS : + 0,25



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. TAHA HALOUI

FACTURE N° : F24/2192

Date : 25/03/2024

Désignation	Qté	Prix unit.	Valeur	TVA
ORGANIC 1.6 TRANSITION BRUN AR BLUE	1	1250.00	1250.00	20.0
ORGANIC 1.6 TRANSITION BRUN AR BLUE	1	1250.00	1250.00	20.0
MONTURE	1	750.00	750.00	20.0
Corrections :				
VL D. Sph: +0.50				
VL G. Sph: +0.25				
Total	3		3250.00	

Total H.T.	Total TVA	Total T.T.C.	Acompte	A PAYER
2708.33	541.67	3250.00	3250.00	0.00 Dh

MARONE OPTIQUE
 OPTICIEN - OPTOMETRISTE
 Imm. IFRANE II, N° 9 Av. Hassan I
 Agadir - Tél/Fax: 05 28 82 82 64