

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

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° P19- 050640

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10538 Société : RAM 37432

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MAURID ABDELAZIZ

Date de naissance : 30/01/1967

Adresse : 680 Lot n°41 Fakhel APP. 6
Oujda Centre

Tél. : 0661622237 Total des frais engagés : 3150 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 : Le : 21/08/20

Signature de l'adhérent(e) :

Signature

23

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des																
				Montant des soins																
				Début d'exécution																
				Fin d'exécution																
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			Montant des soins
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
	00000000	00000000	00000000	00000000																
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis																	
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de																	

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-339558	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-339558

DATE DE DEPOT

...../...../201.....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 10538
Nom & Prénom <u>MOURID ABDELAZIZ</u>		
Fonction : <u>SUP. VOL</u>	Phones <u>0661622237</u>	
Mail <u>Abdelazizmourid@gmail.com</u>		
MEDECIN	Prénom du patient <u>MOURID Jannat</u>	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input checked="" type="checkbox"/>	Age	Date <u>11 6 JUIN 2020</u>
Nature de la maladie		Date 1ère visite
<u>Anomalie de réfraction</u>		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>CD</u>		<u>200DH</u>
PHARMACIE	Date	
Montant de la facture		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES	Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX	Date <u>6/8/2020</u>	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV
		<u>2900 DH</u>

Docteur El Marouani Mustapha

OPHTALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux

ANGIOGRAPHIE - LASER

- Ancien Médecin Attaché à l'Hôpital Central de Nancy - France
- Ancien Médecin des Forces Armées Royales
- Ancien Médecin à la Fondation Internationale "AL BASSAR"



الدكتور المرادوني مصطفى

إختصاصي أمراض وجراحة العيون

تصوير الأوعية - الليزر

- طبيب سابق بالمستشفى المركزي بناسي-فرنسا
- طبيب سابق بالقوات الملكية المغربية
- طبيب سابق لدى مؤسسة البصر العالمية

ORDONNANCE DE VERRES CORRECTEURS

TOURID JANNAT

D

(OEil droit)

G

(OEil gauche)

Porter
habituellement:

-5,25 (-0,25 à 150°)

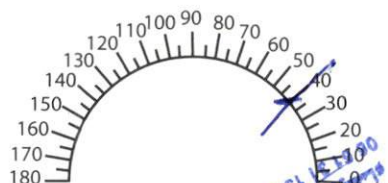
-4,0 (-0,5 à 40°)

V. Antireflet

Porter pour
la lecture :

avec l'autre

AX-Int



Casablanca, le :

16 JUN 2020

Signature

51, شارع واد درعة (القرية متهى القدس) الألفة, الدار البيضاء - الهاتف : 0522 89 75 38
51, Bd. Oued Deraâ, Oulfa - Casablanca - Tél. : 0522 89 75 38

Bd. Moudibokeita, Bloc «J» N° 83
Casa - GSM : 06 61 97 79 82
Patente : 36616616

شارع موديبوكيتا بلوك «ج» رقم 83
الدار البيضاء - المحمول : 06 61 97 79 82
الباتانت : 36616616
I.F : 40178251
R.C : 377480
ICE : 0008056000089

FACTURE

N° 07243

Casablanca, le :

6 / 8 / 2020

M: Mourid Jannat

N° de Nomenclature :

Docteur :

Monture: *optique* 1000 DH

Verres: *organique anti-re* 1900 DH

VL:

OD: *-5,25 (-0,25 à 150°)*

OG: *-4,00 (-0,50 à 60°)*

VP:

OD:

OG:

Total : 2900 DH

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de:

deux Mille neuf cent DH

Optique EL FATH
Bd. Moudibokeita Bloc (J)
Casablanca
Tél: 06 61 97 79 82