

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 - 1^{er} étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Indépendance - Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-511933

ND = 16678

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8192 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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 travaux																
				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°	W18-382119	
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		



W18-382119

DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 8190
Nom & Prénom		FASSI FATHI HASSAN
Fonction :	OP	Phones 0661696805
Mail		Fassi.Fathi@hotmail.com
MEDECIN		
Prénom du patient		HASSAN
Adhérent	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age 57
Date		18/10/2019
Nature de la maladie		Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes		
Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<p>PHARMACIE</p> <p>Date</p> <p>Montant de la facture</p>		
<p>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</p> <p>Date :</p> <p>Désignation des Coefficients</p> <p>Montant détaillé des Honoraires</p>		
<p>AUXILIAIRES MEDICAUX</p> <p>Date : 18/10/2019</p> <p>Nombre</p> <p>AM PC IM IV</p> <p>Montant détaillé des Honoraires</p> <p>4200,-</p>		

Medecin Lt-Colonel ZERROUK RACHID
OPHTALMOLOGISTE DU VAL DE GRACE
DIPLOME EN MEDECINE AERONAUTIQUE
ET SPATIALE
SERVICE D'OPHTALMOLOGIE/CEMPN
DE L'ARMEE - RABAT

OPTIC ABOUAM
Bd. Mohammed VI - Casablanca
Tél.: 06 60 29 60 72



PABAT, 22: 18/10/19

Medecin Lt-Colonel ZERROUK RACHID
OPHTALMOLOGISTE DU VAL DE GRACE
DIPLOME EN MEDECINE AERONAUTIQUE
ET SPATIALE
SERVICE D'OPHTALMOLOGIE/CEMPN
DE L'HMMV - RABAT

MR. FASSI FILIRI HASSAN

C.V.L

OD: (155° - 0.15°) + 1,25

OC: (175° - 0.15°) + 1,25

C.V.P

OD: ADD° + 2,75

3d. Moudir Kella Bloc 11.53
Casablanca
Tel.: 06 60 29 61 72
OPTIC ABOUALI

avec 2/3
tout est bon
7

Médecin Lt-Colonel ZERROUK RACHID
OPHTALMOLOGISTE DU VAL DE GRACE
DIPLOME EN MEDECINE AERONAUTIQUE
ET SPATIALE
SERVICE D'OPHTALMOLOGIE/CEMPN
DE L'HMMV - RABAT

LUNETTES ABOU ALI

Bd, Moudi Bokita 53, bloc j - Casablanca

Tél : 06 12 16 30 22

R.C: 264856

Patente: 36616602



FACTURE

نظارات أبو علي

شارع مودي بوكيتا، بلوك (ج)

الرقم 53 - البيضاء

الهاتف : 06 12 16 30 22

س.ت : 264856

الباتنتا : 36616602

N° 002170

Casablanca, le 18/10/2019

M FASSI FIKRI HASSAN

N° de Nomenclature :

431 - 431

Docteur :

Monture :

Tetaleptique

1200,-

Verres :

progresif d'origine

VL :

BH C.A.R. INDO.

OD :

(155-0.80) + 1.25

1500,-

OG :

(175-0.80) + 1.25

1500,-

VP :

OD :

ADD + 2.75

OG :

ADD + 2.75

166 - 1200

Total :

4200,00

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de :

Quatre mille deux cent

OPTIC ABOU ALI
Moudibo Keita Bloc N° 53
Casablanca
Tél : 06 60 29 61 72