

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.



Declaration de Maladie
N° W19-514955
N° 17 552

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7296 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HOATADJO KARIM.

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés :

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-514955

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute
réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

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) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis																	
			Fin d'exécution																	
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																		

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N° P 17 / 047453		
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		
Cachet MUPRAS		



P 17 / 047453

DATE DE DEPOT
..... / / 201.....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 7 296	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom MOATAZ LAMINE			
Fonction CD	Phones 06 71 83 02 39		
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient ICAMINE		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age 50
Nature de la maladie		Date 19 SEP. 2018	
Visite de refraction		Date 1ère visite 19 SEP. 2018	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Dr. BAKRIM Mohamed OPHTALMOLOGUE Spécialités : Maladies et Chirurgie des Yeux Place Chahdia, 323 Bd. Oued Daoura Oulfa - CASABLANCA Tel: 05.22.91.42.65			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
CS		200 DH	
PHARMACIE	Date		Signature et cachet du Pharmacien
Montant de la facture			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	CACHET
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date 23/10/2018	Cachet Vision 1 05 22 93 22 99
Nombre AM PC IM IV		Montant détaillé des Honoraires	
		2200,- dh	

Dr Mohamed BAKRIM

* Spécialiste en Chirurgie et Maladies des Yeux

* Traitement par laser

* Chirurgie par phaco-émulsification, Strabisme

* Membre titulaire de la société Française d'ophtalmologie

* Membre de l'American Academy of ophtalmology



الدكتور محمد باكريم

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

جراحة قصر البصر : العلاج بالليزر

الجلالة بدون تخدير، حول البصر

عضو فعلي في الجمعية الفرنسية لأطباء العيون

عضو في الأكاديمية الأمريكية لأمراض العيون

Casablanca, le

19 SEP. 2018

الدار البيضاء في

MOATADID KARIM

VL OD = (-108' - 0,25) - 1,75 D

OG = (77' - 0,75) - 0,25 D

VTAR, organiques, ESSILOR *concealed*

"PREVENTA"

VP add OOG + 2,25 D.

Optique Aigle Vision
OPTICIEN

Gr N 200 136 N 49 Oulfa
Casablanca - R.C 12783
Tél. 05 22 93 22 99

Dr. BAKRIM Mohamed
OPHTALMOLOGUE

Maladies et Chirurgie des Yeux

Place Chahdia, 323 Bd Oued Daoura

Oulfa - CASABLANCA

Tél: 05.22.91.42.65

ساحة الشهيد، 323 شارع واد الدورة الألفة - الدار البيضاء - العيادة: 05 22 91 42 65

Place Chahdia, 323 Bd Oued daoura- Oulfa- Casablanca - Cabinet : 05 22 91 42 65

OPTIQUE AIGLE VISION

OPTICIEN

MOATABID

CASABLANCA Le : 23/10/2018

FACTURE N° : 218/2018

Désignations	P,U	PRIX TOTAL
Monture optique		900.-
Verres optiques Anti Reflet Essilor		1300.-
Crizal Prevencia 2.		
OD: (108° - 0,25) - 1,75		
OB: (78° - 0,75) - 0,25		
	TOTAL	2200.-

Arrêtée la présente facture à la somme de : Deux mille deux cents dh

Optique Aigle Vision
OPTICIEN
Gr N Rue 136 N 49 Oulfa
Casablanca C 12783
Tel. 05 22 93 22 99

Siège social : Rue 136 N° 49 GR"N" Oulfa - Casablanca -Tél /Fax : 0522.93.22.99

Patente : 36060760 - IF : 2223388 - CNSS : 155765774 -RC : 121783 ICE :000037852000085