

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

- 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 Aïlaï Ben Abdellah - 6ème étage - Rue Mohamed Faisi et Rue Aïlaï Ben Abdellah - Quartier de l'Hortage - Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LGI) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-519310

NO = 19 181

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : ST 21		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<i>Mouadine Krikarz</i>
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 :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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) : _____

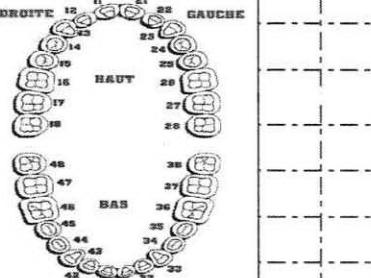
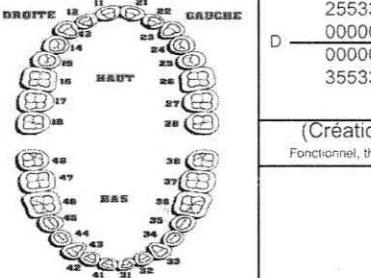
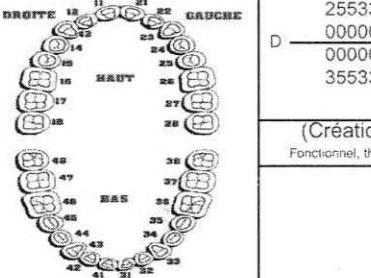
VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W19-519310
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule :	_____
Nom de l'adhérent(e) :	_____
Total des frais engagés :	_____
Date de dépôt :	_____

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des soins
					
DROITE		11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32	GAUCHE		
HAUT					
BAS					
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux 
		H	25533412 21433552		
D		00000000 00000000	00000000 00000000	G	
HAUT		35533411	11433553		
BAS					
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			

Votre signature du praticien _____ Votre timbre du praticien _____



W18-374711

DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle

5521

Signature de l'adhérent

Nom & Prénom KAÏKOUZ Aloueddine

Signature de l'adhérent

Fonction : Agent PA. Phones. 0677983848

Mail : aloukouz.2@royalairmaroc.com

MEDECIN

Prénom du patient

KalKouz Noureddine

Adhérent Conjoint Enfant Age 58 ans

Date 30/12/15

Nature de la maladie

Date 1ère visite

Affection dentaire

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

CS

300 DT

PHARMACIE

Date

Montant de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

06/01/2020

2700,00

BOURI OPTIC

Opticien - Optométriste

135 E Lot. Zouhour Oulfa

Casablanca

Tél : 0522 65 79 65

Dr BENMOUSSA Khadija

Chirurgie et Maladies des Yeux

- Cataracte par phacoémulsification
- Strabisme - Glaucome - voies lacrymales
- Contactologie - Angiographie - Laser

Homeopathie

Diplômée de la faculté de médecine
et de pharmacie - Casablanca



الدكتورة بنموسى خديجة

جراحة و طب العين

- الجلالة - العول - المياء الزرقاء
- مسالك الدموع - العدسات الاصناف
- الليزر - تصوير الشبكية

الطب المثلثي

خريجة كلية الطب والصيدلة
الدار البيضاء

30 décembre 2019

Sur rendez-vous
الزيارة بالموعد
Casablanca, le :

Mr. KALKOZ Noureddine

Monture + verres correcteurs progressifs

Antireflets, Amincis, Filtre anti-lumière bleue

VL : OD = Plan (- 1.25 à 75°)

OG = + 0.50 (- 1.50 à 75°)

VP : ODG = Add : + 2.25


BENMOUSSA Khadija
Ophtalmologue-Homéopathie
Lotissement Haj Fateh N°169
Appt. N°1 Oulfa - Casablanca
tel: 05 22 89 36 20 - GSM: 06 66 38 53 03


BOURI OPTIC
Opticien - Optométriste
135 E Lot. Zemmour - Oulfa
Casablanca
tel: 0522 65 79 65



Client :

KALKOZ Noureddine

Facture client N° : 000002/2020

Médecin : BENMOUSSA Khadija

Correction	Sph	Cyl	Axe	Add
O.D	0,00	-1,25	75	2,25
O.G	+0,50	-1,50	75	2,25

Liste des ventes

Catégorie	Désignation	Unité	Prix unitaire	Montant TTC
Monture	Optique	1	500,00	500,00
Verre	Organique Progressif ENG BL 1.5	2	1 100,00	2 200,00

NB : Tous les montants sont exprimés en Dirhams

Total HT : 2250,00
TVA (20%) 450,00
Total TTC : 2 700,00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

DEUX MILLE SEPT CENTS DIRHAMS TTC



INPE 095020640

Cachet Casablanca, le 06/01/2020

BOURI OPTIC
Opticien - Optometriste
135 E Lot Zoubir - Quifa
Casablanca
Tél : 0522 65 79 65

Carte d'authenticité n°

67414319

KALKOZ NOURDDINE

OD:

-1.25

+1.25

165°

AD

2.25

OG:

-1

+1.5

165°

AD

2.25

Verres:

Advance Free Light 1.5 Green+ Energy

BOURI OPTIC / BOURI MOHAMED

07/01/2020