

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.

Diagnostique 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.

Prothèse 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

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° P19-0042627

NO=19869

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8829

Société : RAN

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : GENE RACHIDA

Date de naissance : 14.05.69

Adresse : RUE JAAFAR BNDU ATIA RES ASNA APIT II

BOURGOGNE

Tél. : 0667478977

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

☐ 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 : / /

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>00000000</td> <td>21433552</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	00000000	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				Montant des soins
	H		G																	
	25533412	00000000	21433552	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis																	
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			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 / 0064425



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 / 0064425

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle

Nom & Prénom

Fonction

Phones

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent ☐

Conjoint ☐

Enfant ☐

Age

Date 04-12-19

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

PHARMACIE

Date 03/02/2020

Montant de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

CACHET

Docteur Anissa Mechiche-Alami

Ophthalmologiste

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux

Diplômée de la Faculté de Médecine de Montpellier

237, Bd. Zerktouni

Résidence Al Kheir, 2^{ème} Étage

Casablanca

Tél.: 05.22.94.32.68 - 05.22.94.32.69

الدكتورة أنيسة أمشيش العلمي

إختصاصية في أمراض و جراحة العيون

خريجة كلية الطب بمونبولىي

237، شارع الزرقتوني

إقامة الخير، الطابق الثاني

الدار البيضاء

الهاتف 05.22.94.32.68 - 05.22.94.32.69

04 DEC. 2019

Casablanca, le في الدار البيضاء

SENE Rocher

- lue Her v progressifs achirer.

• VL

OD = +0,50

OH = +0,50

• VP

200 + 1,75 ODS

AXE CREATION
OPTICIENNES OPTOMETRISTES
Rue Ain Attij (ex Pennetun)
Angle Avenue Mohammed VI (ex
Avenue du Phare) - Casablanca
Tél.: 0522 49 17 37 - Fax: 0522 49 17 38

Dr. MECHICHE Alami Anissa
Ophthalmologiste
237, Bd. Zerktouni - Casablanca
Tél.: 05 22 94 32 68/88



AXE CREATION

Client(e)

SENE RACHIDA

Date Facture	Facture N°
03/02/2020	168

Nom.	Désignations	Qté	Prix Unitaire	Montant
	MONTURE OPTIQUE	1	1500,00	1500,00
	VERRE PROGRESSIF ORGANIQUE BLANC ANTIREFLET MULTI-COUCHES OD -:- Sph : +0,50 Add : +1,75	1	1800,00	1800,00
	VERRE PROGRESSIF ORGANIQUE BLANC ANTIREFLET MULTI-COUCHES OG -:- Sph : +0,50 Add : +1,75	1	1800,00	1800,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cinq mille cent dirhams

Dont T.V.A 20 %

Net à payer :

5100,00

AXE CREATION
OPTICIENNES OPTOMETRISTES
Rue Ain Ati (Ex Rennequin)
Angle Avenue Mohamed Sijilmassi
(Ex Avenue du Phare) - Casablanca
Tél.: 0522 49 17 37 - Fax: 0522 49 17 38

Rue Ain Ati (ex rennequin) et Angle Avenue Mohamed Sijilmassi (es av. du phare) - Casablanca

Tél.: 05 22 49 17 37 - Fax : 05 22 49 17 38

Patente : 35621070 - RC : 195297 - IF.: 40289556 - ICE : 000080856000067