

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 canalaire, 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 canalaire.

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 - 5ème 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



ND° = 20471
Déclaration de Maladie
N° P19- 053993

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02054 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DEBBAGH MOHAMED

Date de naissance : 01 / 01 / 51

Adresse :

Tél. : 06 11 77 44 71 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

Coefficient
des travaux

Montant des soins

Date du devis

Fin d'exécution

O.D.F.

Prothèses dentaires

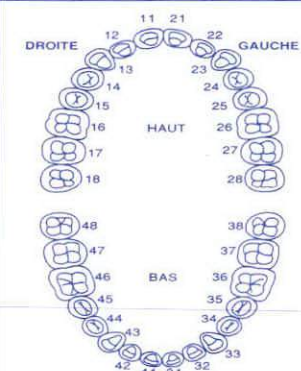
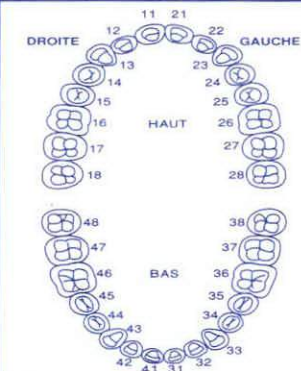
Détermination du coefficient
masticatoire

H

D

G

(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession



VOLET ADHERENT

NOM :

Mle

DECLARATION N°

P 14 / 0030592



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



P 14 / 0030592

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 02054

Nom & Prénom DEBBAGH MOHAMED

Fonction RETRAITE

Phones 06 1 774477

Mail

Signature de l'adhérent

MEDECIN

Prénom du patient DEBBAGH Yasmine

Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐

Age

Date 10.01.2020

Nature de la maladie

Date 1ère visite

Affection oculaire

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

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

K12
(F)

200

Signature de Dr BERKANI Ben Mehdi
Ophtalmologiste
110 Rue El Waha - Casablanca
Tél.: 02 22 00 45 / 46

PHARMACIE

Date 07/01/2020

Montant de la facture

94,00

Signature de PHARMACIE NARJIS
141 Bd. Yacoub El Mansour
Tél.: 0522 25 00 74 / 0522 99 39 86

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

234 DH.

CACHET

Docteur BERRADA Med Ben Mehdi

SPECIALISTE DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

ANGIO-LASER DE LA RETINE

LASER DE LA MYOPIE

LENTILLES DE CONTACT

Diplômé de la faculté de Médecine de Bordeaux

Ancien Interne des Hôpitaux de France

Ancien Attaché au C.H.U de Bordeaux

sur Rendez-vous

الدكتور برادة محمد بن المهدي

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

علاج الشبكة بالأشعة اللايزر

علاج قصر النظر باللايزر

العدسات اللاصقة

خريج كلية الطب ببوردو

طبيب داخلي سابقا بمستشفيات فرنسا

طبيب ملحق سابقا بالمستشفى الجامعي ببوردو

بالموعد

PHARMACIE NARJIS
141, Bd. Yacoub El Mansour
Tél.: 0522 25 00 74/0522 25 39 86
CASABLANCA, le 07.01.2022

DEBBAGH Yasmine.

74,00.

Angio drop

1gtte x 2j 2x 1gtte

20,00.

Correctol

1gtte x 2j 2x 1gtte

= 94,00.

S.V.
Angio drop
OPHTALMED
PPC
74.00 DHS

S.V.

Dr BERRADA Med Ben Mehdi
Ophtalmologiste
110, Rue El Wahda - Casablanca
Tél.: 05 22 22 90 45 / 46

LOT 0170
EX: 0 2042
PPV 20,00

110. زنقة الوحدة. زاوية شارع رحال المسكيني (جنب فندق واشنطن) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 22 90 45 / 46

110, Rue El Wahda, Angle Bd Rahal El Meskini (Côté Hôtel Washington) - Casablanca - Tél. : 05 22 22 90 45 / 46

Email : berradaoph@hotmail.fr