

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 - 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- 064771

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11406 Société : 20855

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Bourzik AMIRA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661 45 57 78 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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-064771

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 :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e)

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

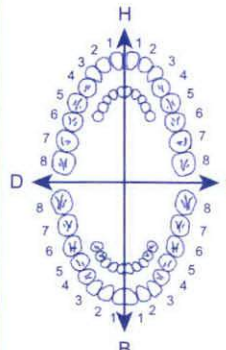
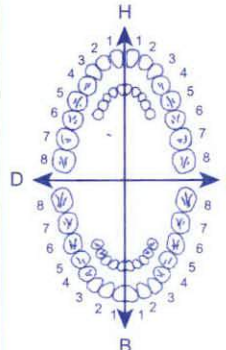
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

Visa et cachet du praticien attestant le devis	Visa et cachet du praticien attestant l'exécution
---	--

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-347572	
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		



W18-347572

DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	Mle 11404	Signature de l'adhérent Signature de l'adhérent
Nom & Prénom	BOURZIK AMIRA	
Fonction : chef d'équipe	Phones : 0662455778	
Mail		

MEDECIN	Prénom du patient	AMIRA
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date
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
Cl	1	2000

PHARMACIE	Date	05/08/2020
Montant de la facture	3000. -	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	

AUXILIAIRES MEDICAUX				Date :
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	-IV	

Handwritten signature

Handwritten notes and stamps:
 OPTIC AL MONDUE
 4 Bd Mohamed V Casablanca
 2025641 - GSM 777.48.69
 Opticien pour cent
 Optométriste & Opticien

CHECK-LIST

DOCUMENTS A FOURNIR POUR LE DEPOT DE VOTRE FEUILLE DE SOINS

BIOLOGIE ET RADIOLOGIE		Nombre
<input type="checkbox"/>	Copie des résultats	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Facture	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Ordonnance	<input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	Pli confidentiel	<input type="text"/>
DENTAIRE		
<input type="checkbox"/>	Accord préalable <u>avant</u> le traitement, en cas de prothèses ou traitement canaux	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Facture	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Radio <u>après</u> traitement, en cas de prothèses ou traitement canaux	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Radio <u>avant</u> traitement, en cas de prothèses ou traitement canaux	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Restitution des anciennes prothèses	<input type="text"/>
HOSPITALISATION		
<input type="checkbox"/>	Cachet de la clinique sur la feuille de soins	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Compte rendu opératoire	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Copie compte rendu des radios	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Copie résultat de l'anatomopathologie	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Copie résultat des analyses	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Détail et justificatif de la pharmacie En cas d'hospitalisation médicale?	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Entente préalable	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Notes d'honoraires	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Ordonnance et factures des actes sous traités	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Pli confidentiel En cas d'intervention chirurgicale?	<input type="text"/>
OPTIQUE		
<input type="checkbox"/>	Facture de l'opticien	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Ordonnance	<input type="text"/>
REEDUCATION		
<input type="checkbox"/>	Copie compte rendu radio relative à la même maladie	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Entente préalable remplie par le médecin	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Facture	<input type="text"/>
PHARMACIE		
<input type="checkbox"/>	Ordonnance *	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Vignettes des médicaments PPV **	<input type="text"/>

* En cas d'ALD (Affection Longue Durée), l'ordonnance n'est pas obligatoire. Par contre, il est nécessaire une déclaration de la maladie chronique (à renouveler en fonction du type de maladie. Généralement tous les trimestres)

** Une facture est obligatoire si le prix ne figure pas sur le PPV ou si le médicament est acheté à l'étranger ou dans le cas de l'achat libre

En cas d'accident veuillez préciser les causes et circonstances:	Matricule:	FS n°:
	Signature de l'adherent	W18-347572 Signature & visa de la MUPRAS



0000490

Optique 1000%

Opticien - Optométriste

Date : 05/08/2020

Facture :

Mr : BURZIK AMIRA

Docteur : MANKEL

Type des verres : 156 mm AN

Monture : Blue - YUV
plastique

Vision de Loin :

OD Axe Cyl Sph +1.50 1.00

OG Axe Cyl Sph +0.50 1.00

Vision de Prés :

OD Axe Cyl Sph

OG Axe Cyl Sph

~~Optique 1000% pour cent
Optométriste & Opticien~~

Add :

Montant :

N° 425 Centre Ville Bd Anglals - Casablanca

ICE : 001834000001810 - IF : 018345 - R.C : 242426

T.P : 023451 - Patante : 30057211

Docteur Abdelkader Moukel

Maladies et Chirurgies des Yeux -
Strabologie - Angiographie - Laser
Femto-Lasik Myopie - Chirurgie de la Cataracte
Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse

الدكتور عبد القادر مقل

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

خريج كلية الطب بتولوز

CASABLANCA, le Mercredi 5 Février 2020

Mademoiselle BOURZIK Amira

VERRES DE LOIN ANTI REFLET

+ MONTURE

VERRES INCASSABLES

Oeil Droit : + 0,50

Oeil Gauche : + 0,50

Optique Milla pour cent
Optométriste & Opticien

Dr. MOUKEL Abdelkader
OPHTALMOLOGUE
24, Bd. Mohamed V - Casablanca
Tél.: 022.22.96.41 - GSM 077 46.69.61