

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

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 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-

064768

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11404

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Bourzik Abdeljabbar

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661.45.5778

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° P19-064768

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).

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veillez fournir une facture

Veillez 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>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 de																		

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-347580	
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		



W18-347580

DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 11404	Signature de l'adhérent Signature de l'adhérent
Nom & Prénom		BOURZIK ABDELJABBAR	
Fonction	Phones	0661 45 57 78	
Mail		ABOUZEIK2.ROYAL.AIR.MAROC.COM	
MEDECIN	Prénom du patient		
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age	Date
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		05 FEB 2020	
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
	1	200	
PHARMACIE		Date	05/08/2020
Montant de la facture		4600, -	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

CACHET

CACHET

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 type="checkbox"/>	Pli confidentiel	<input type="text"/>
DENTAIRE		
<input type="checkbox"/>	Accord préalable <u>avant</u> le traitement, en cas de prothèses ou traitement canalaire	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Facture	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Radio <u>après</u> traitement, en cas de prothèses ou traitement canalaire	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Radio <u>avant</u> traitement, en cas de prothèses ou traitement canalaire	<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

<u>En cas d'accident veuillez préciser les causes et circonstances:</u> 	Matricule:	FS n°:
	Signature de l'adherent	W18-347580 Signature & visa de la MUPRAS

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

Monsieur BOURZIK Abdeljabbar

PROGRESSIFS ANTI REFLET

VERRES AMINCIS

+ MONTURE

Oeil Droit : -0,25 , Addition + 2,25

Oeil Gauche : -0,25 , Addition + 2,25

Optique Mille pour cent
Optométriste & Opticien

Dr. MOUKEL Abdelkader
OPHTALMOLOGUE
24, Bd. Mohammed V - Casablanca
Tél: 022 22 96 41 - GSM 077 46 69 66



0000492

Optique 1000%

Opticien - Optométriste

Date : 05/09/2020

Facture :

Mr :

BOURZIK ABDELJEBBAR

Docteur :

MAUKEL

Type des verres :

PROGRESSIF
en PHOTOGRIS en

Monture :

plastique

1400

Vision de Loin :

OD

Axe

Cyl

Sph

-0,25 1600

OG

Axe

Cyl

Sph

-0,25 1600

Vision de Prés :

OD

Axe

Cyl

Sph

OG

Axe

Cyl

Sph

Optique Mille pour cent
Optométriste & Opticien

Add :

+1,75

Montant :

4600

Quatre mille six cent

N° 425 Centre Ville Bd Anglais - Casablanca

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

T.P : 023451 - Patante : 30057211