

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

- Reclamation : 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 caractère personnel.

Nº P19-

064768

Optique

20857

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 111404 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Bourzat K. Abdeljabbar

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 61 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) :

 MUPRAS

VOLET ADHÉRENT

12 FEV 2020

Déclaration de maladie Nº P19-064768

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 :

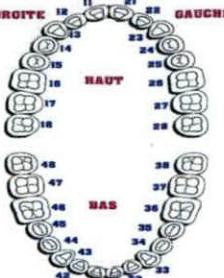
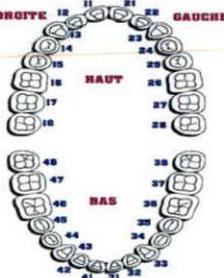
Date de dépôt :

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	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Coefficient des soins</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Montant des soins</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Début d'exécution</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Fin d'exécution</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Coefficient des travaux</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Montant des soins</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Date du devis</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Fin de</div>							
												
ODF Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire										
		<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px; text-align: center;">H</td> <td style="padding: 2px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">25533412 00000000 00000000 35533411</td> <td style="padding: 2px; text-align: center;">21433552 00000000 00000000 11433553</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> </table>	D	H	G	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553					
D	H	G										
25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553											
		<p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>										

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
<p>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</p> <p>Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle</p>		



W18-347580

DATE DE DEPOT

/ /201...

Signature de l'adhérent
Signature de l'adhérent

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle 11404

Nom & Prénom : BOURZIK ABDELJABBAR

Fonction : CHEF d'école Phones : 0661 45 57 78

Mail : abourzik.2.royal.aile.marrakech.com

MEDECIN Prénom du patient : ABDELJABBAR

Adhérent Conjoint Enfant Age : Date : Date 1ère visite

Nature de la maladie : Due trop

05 FEV 2020

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

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
00	1	200

PHARMACIE Date : 05/02/2020
Montant de la facture : 4600,- D Optique Mille pour cent
Optométriste & Opticien

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

AUXILIAIRES MEDICAUX Date :
Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM	PC	IM	IV
----	----	----	----

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="checkbox"/>	Facture	
<input type="checkbox"/>	Ordonnance	
<input type="checkbox"/>	Pli confidentiel	
DENTAIRE		
<input type="checkbox"/>	Accord préalable <u>avant</u> le traitement, <i>en cas de prothèses ou traitement canalaires</i>	
<input type="checkbox"/>	Facture	
<input type="checkbox"/>	Radio <u>après</u> traitement, <i>en cas de prothèses ou traitement canalaires</i>	
<input type="checkbox"/>	Radio <u>avant</u> traitement, <i>en cas de prothèses ou traitement canalaires</i>	
<input type="checkbox"/>	Restitution des anciennes prothèses	
HOSPITALISATION		
<input type="checkbox"/>	Cachet de la clinique sur la feuille de soins	
<input type="checkbox"/>	Compte rendu opératoire	
<input type="checkbox"/>	Copie compte rendu des radios	
<input type="checkbox"/>	Copie résultat de l'anatomopathologie	
<input type="checkbox"/>	Copie résultat des analyses	
<input type="checkbox"/>	Détail et justificatif de la pharmacie En cas d'hospitalisation médicale	
<input type="checkbox"/>	Entente préalable	
<input type="checkbox"/>	Notes d'honoraires	
<input type="checkbox"/>	Ordonnance et factures des actes sous traités	
<input type="checkbox"/>	Pli confidentiel En cas d'intervention chirurgicale	
OPTIQUE		
<input type="checkbox"/>	Facture de l'opticien	
<input type="checkbox"/>	Ordonnance	
REEDUCATION		
<input type="checkbox"/>	Copie compte rendu radio relative à la même maladie	
<input type="checkbox"/>	Entente préalable remplie par le médecin	
<input type="checkbox"/>	Facture	
PHARMACIE		
<input type="checkbox"/>	Ordonnance *	
<input type="checkbox"/>	Vignettes des médicaments PPV **	
<p>* <i>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)</i></p>		
<p>** <i>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</i></p>		
<u><i>En cas d'accident veuillez préciser les causes et circonstances:</i></u>	Matricule: <i>Signature de l'adherent</i>	FS n°: W18-347580 <i>Signature & visa de la MUPRAS</i>

Docteur Abdelkader Moukel

الدكتور عبد القادر مقل

Maladies et Chirurgies des Yeux

Strabologie - Angiographie - Laser

Femto-Lasik Myopie - Chirurgie de la Cataracte

Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse

لخصاصي 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

MOUKEL abdelkader
OPTICAL MOULOUGB
Mohamed V - Casablanca
05 22 22 96 41 - GSM 077 46 69 66

24 ، شارع محمد الخامس، الطابق الأول - الدار البيضاء -

تيل: 05 22 22 96 41 - 06 36 97 51 39

الهاتف :



0000492

Optique 1000%

Opticien - Optométriste

Date : 05/12/1990

Facture :

Mr : BENZIK ABDELJEBBAR

Docteur : MATEL

Type des verres : PROGRESSIFS
en photographie

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 : +2.75

Montant : 14.600

~~Quarante mille six cent soixante~~

N° 425 Centre Ville Bd Anglais - Casablanca

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

T.P : 023451 - Patante : 30057211