

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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.

Éducation :

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

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° M20- 0006003

Optique 57416 Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3586

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DAHANI ABDELKBI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.28.17.71.75

Total des frais engagés : 2001 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° M20-06003

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des									
					<input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/>									
					Début d'exécution <input type="text"/>									
					Fin d'exécution <input type="text"/>									
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/>									
		<table border="1"> <tr> <td rowspan="4">D</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			D	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	Montant des soins <input type="text"/>
D	25533412	21433552												
	00000000	00000000												
	00000000	00000000												
	35533411	11433553												
		<p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Date du devis <input type="text"/>									
					Fin de <input type="text"/>									
<input type="text"/> <input type="text"/>			<input type="text"/> <input type="text"/>											
VOLET ADHERENT DECLARATION N°		NOM : W18-385176			Mle <input type="text"/> Cachet MUPRAS									
Date de Dépôt <input type="text"/>		Montant engagé <input type="text"/>		Nbre de pièces Jointes <input type="text"/>										
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														



W18-385176

DATE DE DÉPÔT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 3526	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom DAKHANE Abdellah		Fonction Reçuien Phone 06 28 11 71 75	
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age	Date 21/01/2021		
Nature de la maladie affecion scolaire		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
2		250.00	
PHARMACIE	Date		
Montant de la facture			
ANALYSES - RADIOPHARIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date : 22/01/2021	
AM	PC	IM	IV
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
		3500.00	

Dr. Majdouline KHALIDI

Spécialiste des Maladies & Chirurgie des Yeux



- Chirurgie de la cataracte
- Angiographie - Laser - OCT
- Diplôme de Contractologie - Toulouse
- Diplôme de Chirurgie Refractive - Bordeaux
- Ancien Spécialiste au CHU 20 Août
- Ancien Interne au CHU Ibn Rochd



061181541

الدكتورة ماجدولين خالدي

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

- الجراحة المجهريه للجلالة
- تخطيط أوعية الشبكة - المزرا
- دبلوم العدسات اللاصقة « تولوز »
- دبلوم تصحيح النظر بالليزر « بوردو »
- طبيبة سابقا بمستشفى 20 غشت
- طبيبة داخلية بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء

Berrechid le, 21. janvier. 2021

Mr/Mme: **Mr. DAHANI Abdelkbir**

Monture + verres correcteurs progressifs
anti uv Antireflets

VL :

OD = + 2.00 (- 0.25 à 85°)

OG = + 0.75 (- 0.50 à 120°)

VP :

ODG = Add : + 2.75

OPTIQUE EL DIAZ COIN
Bd. Moudawana
GSM: 05 25 22 92 - Casablanca
N°70

Dr. Khalidi Majdouline
دكتورة ماجدولين خالدي
Chirurgie ad Mohamed V et Omar Ibn Khattab
شارع محمد الخامس و عمر بن الخطاب
الدار البيضاء N°2 Berrechid-Tel: 0577 51 11 11

Optique Le Beau Coin



Facture

N° 00806

Casablanca, le : 22/01/2021

Mr (e) : DAHANI Abdelkbir

N° de Nomenclature :		
Docteur :		
Monture :	METAC	15.000,00
Verre :	verre de verre	
VL :		
OD :	+ 2,22 (- 0,85 à 85°)	1.000,00
OG :	+ 0,75 (- 0,50 à 170°)	1.000,00
VP :	OD = odd	
OD :	+ 2,25	
OG :	+ 2,25	
	Total	35.000,00
Arrêtée la Présente Facture à la Somme du:		

06/01/2021 - 06/01/2021
OPTIQUE LE BEAU COIN
2

Bd Moudiboukta Bloc (J) N°70 Korea - Casablanca - Tél : 06 25 27 25 92

Patente N°36612797 - IF : 50791172 - R.C : 335648 - INPE : 001719172 - ICE : 01790060000087