

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

- 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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-589549

CA 60194

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10455

Société :

ROYAL AIR MAROC

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MIMOU SAMIRA

Date de naissance : 29/14/76

Adresse :

Tél. : 0661326289

Total des frais engagés : 2100

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

20/10/2020

Nom et prénom du malade :

Mimou Samira

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

vis de réfraction

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 : CASABLANCA

Le : 15/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-589549

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).

RELEVE 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
UV 2020	C S		300,00	INP : 091166421

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
DTR' OPTIC Angle Bd. 2 Mars et Bd. El Kods - Mag. N°5 . Al Majd - Ain Chock - CASA 11-05-22 62/59 88	22.01 2021		Motrin + Vene			4800,00 Dhs

VOLET ADHERENT

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratique 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'OROF

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



le vendredi 20 novembre 2020

Madame MIMOU Samira

- Une monture avec des verres correcteurs

OEIL DROIT : - 0,75 (- 0,75 à 10°)

OEIL GAUCHE : - 0,75 (- 0,50 à 175°)

Verres organiques , antireflets

Respectez le centrage SVP

Verres anti-lumières bleue

PD : 61,00

NOTR' OPTIC
Angle Bd. 2 Mars et Bd.
El Kods - Mag. N°5
Imm. Al Majd - Al Chock - CASA
Tél : 05 22 52 59 88



Tél : 0 522 522 526 - GSM: 07 70 85 14 88

شارع القدس، إقامة القدس كاليفورنيا، الطابق الثاني - الدار البيضاء

511, Bd Al Qods, Résidence Al Qods Californie, 2nd étage - Casablanca

E-mail: ophtalmomazzouz@gmail.com - ICE: 00164931700074 - CNSS: 5874476 - INPE: 091166421

opticienne optométriste

Contactologue

Angle Bd. 2Mars et Bd El Kods
 Imm Al Majd n°5 - Ain Chok
 Casablanca - Tél. : 05 22 52 59 88
 GSM : 06 80 08 52 40

N° Identification : 02202896

Patente : 34062115

R. C. : 127047

I.C.E : 000037335000076

Nom et Prénom : MIMOU Samira

Date 22.01.2021

Vision de Loin	Vision de Près
OD : Sph <u>0,75</u> cyl <u>0,75 à 10'</u>	OD : Sph _____ cyl _____
OG : Sph <u>0,75</u> cyl <u>0,50 à 175'</u>	OG : Sph _____ cyl _____

Double Foyer

OD : Sph _____ cyl _____ ADD : _____

OG : Sph _____ cyl _____ ADD : _____

Quantité	Désignation	Prix
	Monture : <u>Optique</u>	<u>700 dh</u>
	Verre : <u>Verre Optique</u> <u>Anti-Reflets</u>	<u>1100 dh</u>

Montant en lettres : <u>Mille Huit Cent</u> <u>dirhams</u>	Total <u>1800 dh</u>
	NOTROPTIC Angle Bd. 2Mars et Bd. El Kods Imm. Al Majd - Ain Chok - CASA Mag. N°5 Tél : 05 22 52 59 88