

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.

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.

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.

Prothèse 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

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° M21- 0006215

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres 60857

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5766 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : SEBBAR Abdelrahmane

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.66.35.28.61 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 23/02/2021

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-364075	
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		



W18-364075

DATE DE DEPOT

22/02/2021

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	5766
Nom & Prénom		SEBBAR ABLESSINE	
Fonction :	RETRAITE	Phones	06 3528 61
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient SEBBAR ASSIA		
Adhérent	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant	Age
Nature de la maladie		Date	04 FEV 2021
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 - RADIOGRAPHIES		Date :	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date : 16/02/2021	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
		3200,00	

DR. ELABAOUI
OPHTALMOLOGISTE
Tél: 05 35 28 61
18.03
Cachet du
Pharmacien

CACHET
OPHTALMOLOGISTE
18.03
Cachet du
Pharmacien

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES OPTICIENS DU MAROC

OPTIQUE CHERIFIENNE

(opticien spécialiste)

89, Rue Beni M Guild

Casablanca



النظارات الشريفة

اختصاصي في النظارات البصرية

89، زنقة بني امكيد الدار البيضاء

الهاتف: 0661766644

Tél : 0661766644

Ordonnance de M. le Docteur :

N°007200

EL ALAOUI EL ADOUSS J.E

N° de nomenclature 9-9-401-411-403	
Correspondant à la prescription 17/10	
LOIN	<p>OD: $+5(-1.50 = 1.00)$</p> <p>OG: $+4$</p>
PRES	<p>OD: $+2.75$</p> <p>OG: $+2.75$</p>

FOURNITURE

Montures : OPTIQUE

Verres : 4/200

ADMAN

Total :

Arrêtée la présente facture à la somme de

Casablanca le : 16/02/2021

M/ou Mme :

SEBBAR ASSIA

1200	2.75
900	2.75
1100	2.75
3600	2.75

OPTIQUE CHERIFIENNE
Opticien - Optométriste
89, Rue Beni Mguild Hay Laâyoune
Casablanca - Tél: 06 61 76 66 44

Dr. EL ALAOU EL AOFOUSSI J.E

OPHTALMOLOGISTE

DIPLOME DE LA FACULTE DE MEDECINE

DE PARIS

MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

LASER ANGIOGRAPHIE

الدكتور العلوي الأوفوسي ج.د

خريج كلية الطب بباريس

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون



INPE :



091164939

Casablanca, le : 04.FEV.2021

N° SEBBAR ASSIA

Verres Contactus

DE LOU

OD + 9,00 (-1,50 de 100)

OS + 6,00

DE PR ADD + 2,75

+ 2 en l'air

OPTIQUE CHERRITANT
Opticien - Optométriste
89, Rue Beni Menni Ray Laayoune
Casablanca - Tél: 06 61 76 66 44

Dr. EL ALAOU EL AOFOUSSI J.E
OPHTALMOLOGISTE
315, Bd. AL Fida en face kissariat AL MANJRA
Tél: 05 22 83 23 32 / 05 22 83 18 03

315, شارع الفداء مقابل قسارية المنجرة الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 83 18 03 / 0522 83 23 32

315, Bd. AL Fida (en face kissariat AL MANJRA) 1^{er} étage - Casablanca - Tél. : 0522 83 23 32 / 0522 83 18 03