

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

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° W19-525762

6.1345

| | | | |
|----------------------------------|--|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input checked="" type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : 04930 | Société : RAT | | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : PAPA HASSAN | | | |
| Date de naissance : 07/01/60 | | | |
| Adresse : Halsibelle | | | |
| Tél. : 0666/199817 | | Total des frais engagés : 320 Dhs | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| الدكتور (الروفني) مختار مختار في مروانة واد درعة الالمني ازار البيضاء شارع واد درعة الالمني 28-56100 | | | |
| Date de consultation : | | | |
| Nom et prénom du malade : 0661/3115-58-0522-89-75-28-56100 BABA HASSAN Age : | | | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | | | |
| Nature de la maladie : Amputation de la jambe + pro | | | |
| 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
Signature de l'adhérent(e) :
Le : 04/02/21

| | |
|---|------------------------------------|
| VOLET ADHERENT | |
| Déclaration de maladie | |
| N° W19-525762 | |
| 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 : 4930 | Nom de l'adhérent(e) : PAPA HASSAN |
| Total des frais engagés : 320 Dhs | |
| Date de dépôt : | |

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Nature des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 19 FÉV 2021 | | | 20.000 | INP : 091159299 جهاز في تروسي 51 العنوان: 58-0522 89 75 38 066 31 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| OPTOMETRISTE | 24/02/2021 | | | | | 3000 (300) |

VOLET ADHERENT

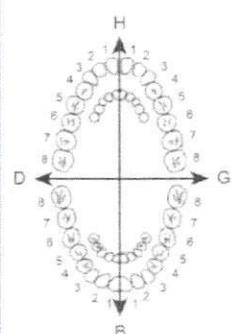
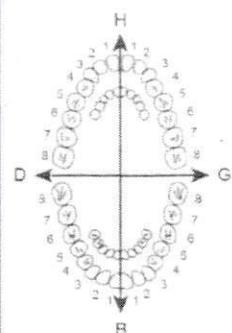
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prie de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins

Important :

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 | INP : [REDACTED] | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------------|------------------|-------------|------------------|----------|----------|--|----------|----------|---|----------|----------|--|----------|----------|---|--|--|---|--|--|--|
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | | H | 25533412 | 21433552 | | 00000000 | 00000000 | D | 00000000 | 00000000 | | 35533411 | 11433553 | B | | | G | | | |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p> <p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Coefficient des travaux [REDACTED]</p> <p>Montants des soins [REDACTED]</p> <p>Début d'exécution [REDACTED]</p> <p>Fin d'exécution [REDACTED]</p> <p>Coefficient des travaux [REDACTED]</p> <p>Montants des soins [REDACTED]</p> <p>Date du devis [REDACTED]</p> <p>Date de l'exécution [REDACTED]</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Docteur El Marouani Mustapha

OPHTHALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux

ANGIOGRAPHIE - LASER

• Ancien Médecin Attaché à l'Hôpital Central de Nancy - France

• Ancien Médecin des Forces Armées Royales

• Ancien Médecin à la Fondation Internationale "AL BASSAR"



الدكتور المراني مصطفى

اختصاصي أمراض وجراحة العيون

تصوير الأوعية - الليزر

• طبيب سابق بالمستشفى المركزي ببنانسي - فرنسا

• طبيب سابق بالقوات الملكية المغربية

• طبيب سابق لدى مؤسسة البصر العالمية

ORDONNANCE DE VERRES CORRECTEURS

BA BA *HASSAN*

D

(OEil droit)

G

(OEil gauche)

Porter

Habituellement:

-1,0 (-1,25 à 150) -0,5 (-1,0 à 180)

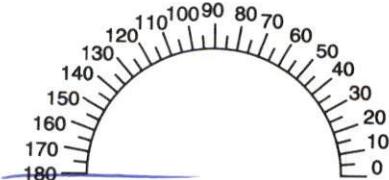
Porter pour
la lecture :

V-Progrmgs

add +2,0 ODG

AX-Int

Brce Maran



Casablanca, le :

11 FEV 2027

الدكتور المراني مصطفى

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

51، شارع واد داد، الدار البيضاء، المغرب

Signature

الهاتف: 0661 21 15 58 - 0522 89 75 56



OPTIQUE 1000%

Opticien - Optométriste

Facture

N° 003138

Date : 24/10/2021

Mr : BABA HASSAN

Docteur: MARQUAINE Nathalie

Type des Verres :

Progressifs Ajanige 200

Monture :

P.Brigue 1000

* Vision de Lion :

| | | | | | | | |
|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| OD | Axe | 180 | Cyl | 125 | Sph | 100 | 100 |
|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

| | | | | | | | |
|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| OG | Axe | 150 | Cyl | 115 | Sph | 100 | 100 |
|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

* Vision de Prés :

| | | | | | | |
|----|-----|---------|-----|-------|-----|-------|
| OD | Axe | OPTIQUE | Cyl | | Sph | |
|----|-----|---------|-----|-------|-----|-------|

| | | | | | | |
|----|-----|---------|-----|-------|-----|-------|
| OG | Axe | OPTIQUE | Cyl | | Sph | |
|----|-----|---------|-----|-------|-----|-------|

Add : +200

Montant : 3000

OPTIQUE
VILLE
OPTICIEN
OPTOMETRISTE
1000%

N°425 Centre-Ville Bd Anglais - Casablanca
ICE : 001834000001810 - IF : 018345 - RC : 242426
T.P : 023451 - Patente : 30057211