

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

Médecine 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.

Maladie*

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 884 Société : 65103

Actif

Pensionné(e)

Autre : R.P.M

Nom & Prénom : SMDGR. F. ALAMI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº M21-0005797

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 :

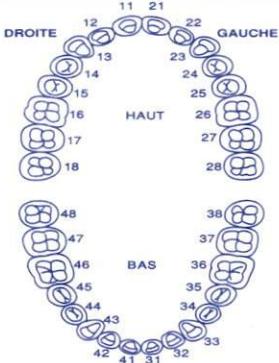
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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 travaux

Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

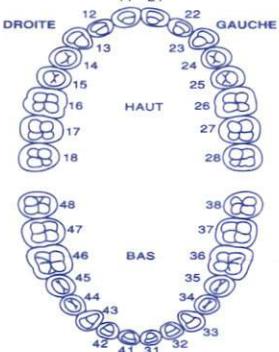
Coefficient des travaux

Montant des soins

Date du devis

Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires



Détermination du coefficient masticatoire

DROITE	11 12 13 14 15 16 17 18	GAUCHE	HAUT	BAS
	22 23 24 25 26 27 28			
	33 34 35 36 37 38 39			
	40 41 42 43 44 45 46			
	47 48			

D	25533412 00000000	H	21433552 00000000
	00000000	G	00000000

(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT

NOM :

DECLARATION N° P 17 / 048475



Mle

Cachet
MUPRAS

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme 0884

Nom & Prénom TALMI IDDER

Fonction RETRAITEE Phones 0642608341

Mail

MEDECIN

Prénom du patient TALMI TALMI

Adhérent Conjoint Enfant Age 66 ANS

Date 25 FEV 2021

Date 1ère visite

Nature de la maladie

Caustication

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

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

Docteur IDRASSI Monatafa
Ophtalmologie
Hôpital Hassan II - AGADIR
INP : 0A1-222791

PHARMACIE

Date

Montant de la facture

Signature et
cachet du
Pharmacien

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date 01/03/2021

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

2200,00

N° 94 AV Chandi EL Qods AGADIR

OPTIQUE
Opticien
Tél. 066 22 22 22
N° 94 AV Chandi EL Qods AGADIR

Jinane Optique

Opticien - Optométriste - Contactologue

CODE INPE : 045021664

Opticien Optométriste
Tél: 06 11 92 86 97
N° 94 AV GANDI - EL QODS AGADIR
Le 01/03/2021

FACTURE N° 37/2021

Prescription Des Lunettes: TIDDER TALBI

Ordonnance Du Docteur: IDRAISSI MOUSTAFA

Loin OD OG	Près OD OG
D.F OD OG ADD	PROG. OD (-1,00 à 60°) + 2,00 OG (-1,85 à 70°) + 2,25 ADD + 3,00

PRIX		
LUNETTE BIAGRI	COULEUR GRIS	700,00
TYPE DE VERRES progressif organique AR PHG		1500,00
TOTAL		2200,00

Arrêté La Présente Facture à La Somme de :

Deux Mille Deux Cent Huit

Signature

JINANE OPTIQUE
Opticien Optométriste
Tél: 06 11 92 86 97
N° 94 AV GANDI - EL QODS AGADIR

Adresse : Nr 94 av.Ghandi quartier El Qods Agadir /Tel:06 11 92 86 97

Email: jinane.optique@gmail.com

R.C : 71142 . I.F :31838878. ICE : 00217906000051. PATENTE : 48101440

ORDONNANCE
(RESULTATS DE LA REFRACTION)



NOM : TAL BI

PRENOM : IDDER

OD : (-1,00 à 60°) + 2,00

OG : (-1,25 à 70°) + 2,25

EP : ADD + 3,00

AGADIR Le : 25 FEV 2021

T' autur

CACHET et SIGNATURE

+
Progressif AR PHAG

Docteur IDRISI Moustafa
Ophthalmologiste
Hôpital Hassan II - AGADIR