

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



Déclaration de Maladie

N° W21-623303

CA

69 fol

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

7528

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Mme ANBARI Fatima

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

2441

Total des frais engagés :

1316,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

15/04/2021

Nom et prénom du malade :

M. ANBARI Fatima

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Glaucome

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 :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-623303

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 :

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
15/01/2011	CS		GT	INP : 091038815

PHARMACIE D'SENFA		EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Formasseur	Date	Montant de la Facture	
DR. BOUJJA Nadjah 34, Rue Ibnou Jahir - Bourgogne tél: 0522 20 90 44 - Casablanca	15/04/2012	1316,10	

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

VOLET ADHERENT

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

ORDONNANCE

Casablanca le 15/04/2021

M. ANBARI Fatima

LOT S029887 1
EXP 06 2021
PPV 164.20 DH

164,20 x 3
- Gosopt

(Colly)

1 flotte x 2/j pdt 03 min

147,00 x 3
- Alphafan

(Colly)

1 flotte x 2/j pdt 03 min

127,00 x 3
- DR. BOUJDA Nadi
Dr. Rue Ibnou Jahir - Bourgogne
544, boulevard Bourgogne
Casablanca, Maroc
Tél: 0522 29 90 44 - Casablanca

(Colly)

1 flotte le soir pdt 03 min

LOT S029887 1
EXP 06 2021
PPV 164.20 DH

PPV: 147DH50
Flacon de 5 mL
Collyre en solut

PPV: 147DH50
Flacon de 5 ml
Collyre en solution

PPV: 147DH50
Flacon de 5 ml
Collyre en sol

LOT/EXP.:
DD8167
CN8682
07/2022
PPV 127DH00

LOT/EXP.:
DD8167
CN8682
07/2022
PPV 127DH00

LOT/EXP.:
DJ8915
DJ3325
12/2022
PPV 127DH00

544, Boulevard Bourgogne, Californie, Casablanca, Maroc
Patente N°: 34082698 - Identifiant Fiscal N°: 37521862
ICE N°: 00228119400046 - RC N°: 434621 - CNSS: 1563901

+212 522 50 15 15
+212 522 86 46 18
+212 522 86 46 19
+212 522 86 46 20
+212 522 86 46 21
+212 522 86 46 21
info@clinic-oeil.com
www.clinic-oeil.com