

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 canaux, 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 canaux.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° M21- 0005937

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique 131684 ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3499 Société : ROYAL AIR MAROC
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITEE
 Nom & Prénom : KAROUANI NADIA
 Date de naissance : 09/07/1955
 Adresse : Résid NIAM IMB 12 Apt 8 Bd OUM ERDABI
 OULFA CASA -
 Tél. : 0661314032 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin :
 Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : Nadia Karouani Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Hypertension
 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) :

RELEVÉ 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
05/09/22	C2		300DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien ou du Opticien-Optométriste	Date	Montant de la Facture
	29/09/22	300DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

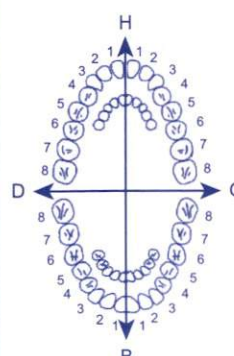
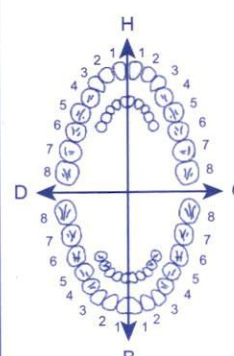
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



GOLA


LUNETTE

FACTURE N° 003785

Casablanca, le 30.09.22

M

NADIA HAROUAN

Quantité	Designation	P.U.	MONTANT
	Deux verres optiques progressifs		
OD	+2.75 (-0.25)		2000.0
OG	+1.25 (-1.00)		2000.0
	Adapt 2.00		
	+ monture		1000.0
	Total: 4000.00		4000.0
(A provisionner l'argent en avance A LA livraison de la quote part)			
 GOLA LUNETTE Opticien-Optométriste 133, Rue Larache Bd Yacoub El Mansour Oulmes Casablanca Tel: 0522 36 03 63			
Rest 0000.00 à p. 1 0000.00			

Docteur Nacer TAZI

Ophtalmologiste

Diplôme Universitaire de Chirurgie
de la Cataracte et de la Myopie (Besançon)
Diplôme Universitaire Imagerie et Pathologie
Rétiniennes (Paris)



الدكتور نصر التازي

طب و جراحة العيون

دبلوم جامعي في جراحة إعتام عدسة العين
وقصر النظر (بيرانسون)
دبلوم جامعي في تصوير وأمراض
شبكية العين (باريس 7)

Casablanca, le lundi 05 septembre 2022

Madame Nadia KAROUANI

Verres et monture :

Progressifs

Œil droit : ($88^{\circ} - 0.50$) +0.75, Addition +2.50

Œil gauche : ($81^{\circ} - 1.00$) +1.25, Addition +2.50

GOLA
LUNETTE
Opticien-Optométriste
133, Rue Larache Bd Yacoub
El Mansour Oulmes Casablanca
Tel: 0522 36 03 63

Docteur TAZI Nacer
OPHTALMOLOGISTE
96, Bd d'Anfa, 3^e Etage N° 3
CASABLANCA