

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° W21-768151

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10350 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : elhan abou
 Date de naissance : 07-06-1967
 Adresse :
 Tél. : 0686565861 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 18/10/2022
 Nom et prénom du malade : Hani Arian Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : vic ou opéré
 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 N° W21-768151

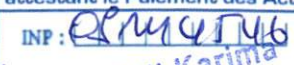
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	----------------------------------------------------------------

10/10/2022	CS	2	200 000	INP :  Dr. MOUSSAOUI Karima Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux 207 Bd. Abdelhak Doukkali Fe. Etage Alger 95 22 62 68 12
------------	----	---	---------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

EXECUTION DES ORDONNANCES

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

09/10/2022



VOLET ADHERENT

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

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
----------------	------------------	-------------

INP :

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
D			
00000000	00000000		
35533411	11433553		
	B		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

OPTIQUE Najat

Vente & Réparation des Lunettes

Bd. Moudiboukeita Bloc J

N° 57 - Casablanca

Patente N° 36616612



نظارات نجات

بيع وإصلاح النظارات

شارع موديبوكيتا بلوك (ج)

رقم 57 - الدار البيضاء

الباتنتا : 36616612

FACTURE

N° 001115

Casablanca, le :

M :

El Hami Aïmar 21/10/2022

Doit

N° de Nomenclature :

Docteur :

Monture :

Verres :

VI :

OD :

OG :

VP :

OD :

OG :

Total :

Arrêtée la Présente Facture à la somme de :

نظارات نجات
OPTIQUE NAJAT
بيع وإصلاح جميع النظارات الطبية
شارع موديبوكيتا بلوك - ج - رقم 57
الدار البيضاء
Gsm 06 70 85 82 23

Docteur Moussaoui Karima
Spécialiste des Maladies & Chirurgie des Yeux



Cataracte (Phacoemulsification)
Chirurgie des Voies Lacrymales
Lentilles de Contact-Strabisme
Angiographie - Laser

الدكتورة موسىوي كريمة

اختصاصية في امراض وجراحة العيون

جلالة بالليزر جراحة مسالك الدموع

العدسات اللاصقة - الليزر

راديو الشبكة - طب الحول

Casablanca, le 18/10/2022 : الدار البيضاء، في

El Hani Aïnan

نتيجة

OD: - 2, 25 / - 1, 155°

OS: - 4, 50 / - 0, 75, 30°

نظارات نجاة
OPTIQUE NAJAT
بيع إصلاح جميع النظارات الطبية
شارع موديبوكينا بلوك - رقم 57
الدار البيضاء - 70.66.33.23
Gsm 70.66.33.23

Dr. MOUSSAOUI Karima
Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des Yeux
237 Bd. Abou Chouaib Doukkali 1^{er} Etage
Sidi Maârouf IV Casa. Tél: 05 22 82 68 12

سيدي معروف الرابع (الزنقة 15) الرقم 237 شارع ابوشعيب الدكالي الطابق الاول

237, Bd - Abou Chouaib Doukkali - 1^{er} Etage Sidi Maârouf IV (Rue 15)

Casablanca - Tél. : 05.22 82.68.12 : الهاتف

IF : 45304040 - ICE : 00184490000013 - INPE : 091114546