

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES RÉJETS

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-706708
139627



Maladie

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3641

Actif

Dentaire

Société :

Optique

Autres

Royal Air Maroc

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : LABI NEYEM

Date de naissance : 11 03 1973

Adresse : ASRISE Papillon Résidence JAHAL VAL FLEUR

Tél. : 0663211554

Total des frais engagés :

Dhs

Gadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR A. BENKIRANE



Date de consultation : 11 11 2012

Nom et prénom du malade : CHAM BOUAN KENZA

Age : 18 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Cataracte

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 : CASA

Le : 05 / 11 / 2012

Signature de l'adhérent(e) :



Authorisation CNPD N° : A-A-215/2019

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
11/11/2018	Co		(3w)	INF : 11/11/2018 Dr A.BEN Opticien Signature certifiée de l'opticien : 081823432 Date : 25/11/2018 Numéro de téléphone : 081823432

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																								
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																				
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																				
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																				
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																				
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><hr/></td> <td style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>	<hr/>	D	G										
	H																							
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	<hr/>	<hr/>																						
	D	G																						
<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><hr/></td> <td style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> </tr> </table>				B		00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>	<hr/>	B	H											
B																								
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
<hr/>	<hr/>																							
B	H																							
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																				
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																				
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																				
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																				



Casablanca le : /

MM22

BON DE REGLEMENT

Reçu de M..... Chahboun Henna

La somme de : TROIS Cent Dirhams
300.00 DHS

Pour : CONSULTATION

Cachet et signature

Dr A.BENKIRANE
Ophthalmologist
Ophtalmo Clinique de Casablanca
13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca
Tél : 0522.28.71.71 (S.0) - Fax : 0522.25.11.45
INPE : 091023432

Urgence 24/24

Actuel Optic

TOUT NOTRE SAVOIR FAIRE POUR VOUS SATISFAIRE

Facture

DATE : 12/11/2022

NOM ET PRENOM

Chahboun Kenza

Facture N° : 442122

Désignation	Quantité	Unité	Prix unitaire	Total
Monture	1	u	600,00	600,00DH
Verres en AR Antibleue: OD: -0,50 OG: -1,00 (-0,25 à 150°)	2	u	650,00	1300,00DH
MONTANT TTC à 20% DE TVA INCLUSE				1900,00DH

