

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° W21-723453

142366

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6937

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TESSA AYMAN

Date de naissance : 23/11/1962

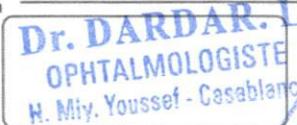
Adresse : 22 RUE ALLAL BEN ABDELLAH

Tél. : 0661052185

Total des frais engagés : 0 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/12/2022

Nom et prénom du malade : NICE DE RE PRATICIEN

Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : NICE DE RE PRATICIEN

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 : 12/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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
2/2022	E		gratuit	INP : 091015446 Dr. DARDAR. L ORTHOMOLOGISTE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>OPTIQUE YOUSSEF Miri Nour ESSA Optician Optometrist 22, Avenue 10 Mais - AL ANCA El Othmani - DA Tel: 05 22 38 50 66</i>	14/12/2022	2100,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

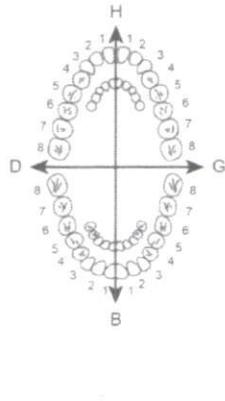
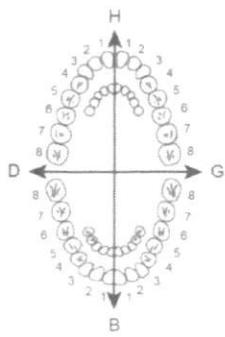
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
				Coefficient des travaux <input type="text"/>															
				Montants des soins <input type="text"/>															
				Début d'exécution <input type="text"/>															
				Fin d'exécution <input type="text"/>															
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des travaux <input type="text"/>
		H	G																
		25533412	21433552																
		00000000	00000000																
		D																	
		00000000	00000000																
35533411		11433553																	
B																			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins <input type="text"/>																
			Date du devis <input type="text"/>																
			Date de l'exécution <input type="text"/>																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																			

Aerol®
SALBUTAMOL

POUR RESPIRER EN TOUTE LIBERTÉ

Cortis®
Diproprionate de Béclométhasone

POUR UN MEILLEUR CONTRÔLE DE L'ASTHME

ORDONNANCE

Dr. DARDAR. L
OPHTALMOLOGISTE
H. Mly. Youssef - Casablanca

Fait le

Casablanca le 12/12/2022

Mⁿ Essakni Mustapha

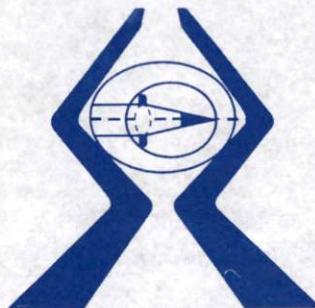
lunette de correction

OD (135° - 0,50) = +1,00

OC (45° - 1,00) = +1,50 Add 2,75

OPTIQUE YOUSSEFA
M. Mift Nour ESSAKNI
Opticien Optométriste
22 Avenue 10 Mars - Bldc 12
Sidi Othmane - CASABLANCA
Tél: 0522 38 36 36

Dr. DARDAR. L
OPHTALMOLOGISTE
H. Mly. Youssef - Casablanca



OPTICIEN OPTOMETRISTE
Centre d'Adaptation de
Lentilles de Contact

نظارات يسرا
OPTIQUE YOUSSEERA
MIRI NOUR ESSAID

Av. du 10 Mars - Bloc 12 - N° 22 Bis
Sidi Othmane - Casablanca
Tél. - Fax : 05.22.38.56.56

FACTURE N° 0598

Casablanca le : 14/12/2002

M' Essakni Mustapha

QUANTITE	DESIGNATION	NOMENCIATURE	P. U.	MONTANT
1	Monture	1	500,00	500,00
2	Verres progressifs.	43.2	700,00	1400,00
	Timbre Payé Sur Etat	OPTIQUE YOUSSEERA Miri Alger ESSAID Optique Optométriste avenue 10 Mars Bloc 12 Sidi Othmane Casablanca Tél. 05 22 38 56 56		
Arrêtée la présente facture à la somme de : Deux mille cent dirhams.		Total H.T. T.V.A. 20% TOTAL T.T.C.		2100,00
RC : 225710 - Patente : 37203104 - IF : 49424610 - CNSS : 7097092 - ICE : 001548825000074				