

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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.

Educations :

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.

Prothèse 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

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° P19- 0038715

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11135 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : JE BART ABDELLATIF

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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° P19-038715

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 :



A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 11135

Nom & Prénom **JEBBART ABDELLATI F**

Fonction : **R. Commerce** Phones : **0661372643**

Mail : **2.jebbati@royalairmaroc.com**

Signature de
l'adhérent
Signature de
l'adhérent

MEDECIN

Prénom du patient **AIT SAID / AZIZA**

Adhérent ☒ Conjoint ☒ Enfant ☐ Age **37 ans** Date **28/08/2019**

Nature de la maladie

Date 1ère visite

Affection oculaire

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires

200011

Signature et
Dr. ROUH Mohammed
Ophtalmologiste
Res. Zineb 1 Rue Mansour Abdallah
Impt 2, Etage 12 Mohammed
Tél. : 05 23 30 44 20

PHARMACIE

Date

Montant de la facture

Signature et
cachet du
Pharmacien

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

OPTIC
Bd. Mohammed VI
GSM : 06 25 27 25 92 - Casa

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date : **28.08.2019**

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

4409

MLE 11135

Dr. ROUH Mohammed
Ophthalmologiste



الدكتور الروح محمد
أخصائي أمراض وجراحة العيون

- * Ancien Ophthalmologiste à l'Hopital 20 Août
- * Ancien Medecin Chef du Service d'Ophthalmologie à l'Hopital Moulay Abdellah.

- * طبيب العيون سابقا بمستشفى 20 غشت
- * رئيس مصلحة طب العيون بمستشفى مولاي عبد الله سابقا.

Mohammadia Le : 28/08/2019 المحمدية في

Ait SAID AZIZA

11 L _____ R

OD = - 0,75 (- 0,75 à 75°)

OC = - 0,25 (- 1 à 69°)

OPTIQUE LE BEAU COIN
Bd. Moudibouketa Bloc "J" N°70
GSM : 06 23 27 25 92 - Casa

Dr. ROUH Mohammed
Ophthalmologiste
Rés. Zinoune 1 Rue Mansour Addahbi
Appt 2, Etage 1 - Mohammed
Tél. : 05 23 30 44 20

Signature

Flouline & Veni

MLE M135

إقامة زينون 1 زنقة منصور الذهبي الطابق الأول الشقة 2 - المحمدية
Rés. Zinoune 1 Rue Mansour Addahbi Appt. 2 Etage 1 - Mohammedia
Tél. : 05 23 30 44 20

Optique Le Beau Coin



MLE
AM35

OPTIQUE LE BEAU COIN
Bd. Moudibokita Bloc "J" N°70
GSM: 06 25 27 25 92 - Casa

FACTURE N° 0700441

Casablanca, le : 29-08-2019

Mr : AIT SAID AZIZ A

VL : originale AR

OD : -0.75 à 75°) - 0.75

1800,00

OG : -1.00 à 69°) - 0.25

1800,00

VP :

OD :

OG :

Monture : Polystaguc

800,00

Verres : originale AR

INPE :

Total : 4400,00

Arrêtée La présente Facture à la Somme de :

quatre mille quatre cents de