

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.

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.

Education :

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.

Optique :

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

Nº P19-0035811

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0401 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : NORREDINE SAID

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0522 458 5494 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) : 





SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient									
 DROITE 11 21 22 GAUCHE 12 23 13 24 14 25 15 26 16 27 17 28 HAUT 18 BAS 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33					Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>								
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>								
 DROITE 11 21 22 GAUCHE 12 23 13 24 14 25 15 26 16 27 17 28 HAUT 18 BAS 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33		<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</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> </table>			D	H	25533412 00000000	21433552 00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession
D	H												
25533412 00000000	21433552 00000000												
00000000	00000000												
35533411	11433553												
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution											

VOLET ADHERENT	NOM :	NORREDINE	
DECLARATION N°	P 17 / 040487	 MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
	2035,65	2	
Durée de validité de cette feuille est de [3] trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 0401	Signature de l'adherent
Nom & Prénom : NORREDINE Saïd		Fonction : Retraité Phones : 0522985494	
Mail : norrredine.said@yahoo.fr		MEDECIN	Prénom du patient : NORREDINE MERYEM
		Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input checked="" type="checkbox"/>	Age : 21 ans
		Nature de la maladie	Date 1ère visite
		<i>consultation au Dr. BOURGUIGNON M. OPHTALMOLOGISTE Dr Bourguignon M. Oum Rabia Cité 5ème étage Téléphone : 0522 985494</i>	
		S'ilagit-il d'un accident : Causes et circonstances <i>DR. BOURGUIGNON M. OPHTALMOLOGISTE Dr Bourguignon M. Oum Rabia Cité 5ème étage Téléphone : 0522 985494</i>	
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
17/09/19		5	2000 Dh
PHARMACIE		Date : 17/09/2019	
Montant de la facture		<i>de: 14.09.19 1724,- 111,65 Dh</i>	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
		CACHET	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
		CACHET	

Dr. Malika BOUKSIM

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Laser - Angiographie

Contactologie

Strabologie

Casa le : _____

14 Septembre 2019

Mlle NOREDDINE Meryem

**Monture pour vision de loin + verres correcteurs
Organiques Antireflets**

ZENITH PHARMA
PPC: 35,95 DH

OD = (- 0.50 à 83°)

OG = + 0.25 (- 0.50 à 97°)

6 1118001 102495

ZALERG 0,25 mg/ml
Collyre 5 ml - P.P.V : 75,70 DH

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

1/ ZALERG

75,70 Dh

1 gtt 2fois par jour, les deux yeux, 1 Mois

35,95 Dh

2/ PHYSODOSE 12 UNIDOSES 5 ML

lavage oculaire en cas de démangeaisons, les deux yeux

J = 113,65 Dh

KADER OPTIQUE

OPTICIENNE KADER OPTIQUE

404, Av. Abdellah Ben Badis

126 1010 Casablanca

Tel: 0522 810133 - Fax: 0522 881836

Dr. ABDELAZIZ AL ANBASSIA

ABDELAZIZ AL ANBASSIA

126 1010 Casablanca

Tel: 0522 810133

Bd. Oum Rabia Gpe Résidence Al Firdauös Imm. L 30 1er étage N°5 Oulfa - Casablanca

Tél.: 05 22 91 41 11

KADER OPTIQUE

404, Av. Abdellah Senhaji
 Idrissia 1 - Casablanca
 Tél. : 05 22 28 70 73
 Fax : 05 22 80 18 36
 Patente : 33664052
 C.N.S.S : 23561145
 R.C. : : 20 47 88

IF : 02520198
 ICE : 001823017000027
 INP : 095004081

FACTURE

N° 0002586

Casablanca, le

M

17/09/2019
 NSEDDINE MERYEN

O.D. = ADD. =
 O.G. = ADD. = Ordonnance du docteur Rocksin

NRS de nomenclature correspondants à la prescription	Loin { O.D. = 1N O.G. = 1N	Prés { O.D. = 1 O.G. = 1	D.F. { O.D. = 1 O.G. = 1
--	-------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

FOURNITURE :	1 Montures : 2 Verres :	800,-	700,-
		512,-	1024,-
TOTAL :			1724,-

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Quille soft Cest
 Vingt quatre DB

KADER OPTIQUE
 OPTICIENNE AUTOMATIQUE
 404 Av. Abdellah Senhaji Idrissia 1
 Tel. 0522 28 70 73 / Fax : 0522 80 18 36 - Casablanca