

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

ditions 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.

phacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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 caractére 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2327 Société : RAA

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : RABIA BENE MESSAOUD

Date de naissance : 1953

Adresse : 22 lot Al Mallek LUSA

Tél. : 0661 98 13 69

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 : 30/09/19..... Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : 

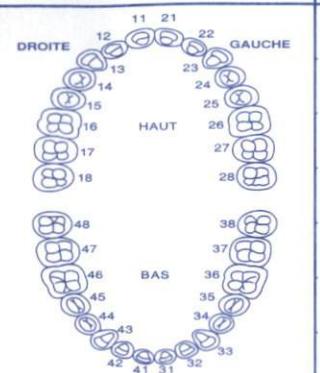
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Coefficient des travaux

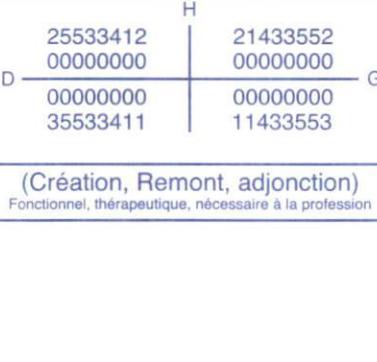
Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

ODF Prothèses dentaires

Détermination du coefficient masticatoire



(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

D	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000

D	G
35533411	11433553

Coefficient des travaux

Montant des soins

Date du devis

Fin d'exécution

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT

NOM :

DECLARATION N° P 17 / 50647



Mle

Cachet
MUPRAS

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



P 17 / 050647

DATE DE DÉPÔT

/201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 2727

Nom & Prénom

Fonction

Phones

Mail

Signature de
l'adherent

MEDECIN

Prénom du patient

Messaud

Adhérent Conjoint Enfant Age 65 ans

Date

Date 1ère visite

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

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

PHARMACIE

Date

Montant de la facture

Signature et
cachet du
Pharmacien

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

ATLANTIC SUD OPTIC
Opticien Optométriste
N°87 Avenue, 24 Novembre
Laayoune
Tél : 06.96.75.37.11

81/08/19

4480,-

DR. BERRIMA KHADRA

OPHTALMOLOGISTE

EX Médecin Chef de Service

D'ophtalmologie à L'Hopital Hassan II

Des Spécialités de Laâyoune

INPE : 021076559



الدكتورة بريمة خضرة

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

طبيبة رئيسة بمصلحة أمراض و جراحة العيون

بمستشفى الحسن الثاني سابقا

Laâyoune Le 83/09/2018

ORDONNANCE

Nom et Prénom M. MESSOUAR

Vernes PROQR A.R

Correction Optique :

OD: $71^{\circ} - 0,28^-) + 2,75$

OG: $111^{\circ} - 0,50) + 2,75$

ADD : +2,50

ATLANTIC SUD OPTIC
N°87 Avenue Optométriste
Laâyoune 24 Novembre
Tél : 06.96.75.37.11

Dr. BERRIMA.K
Ophthalmologiste
INPE: 021076559
GSM: 0661.07.84.62

Identifiant commun de l'entreprise : **002249574000089**

Identification fiscal : **37554715**

Identification a la taxe Professionnelle : **77304610**

N° Registre de Commerce : **27889**

INPE : **095011342**

FACTURE NUMER 059/2019

LAAYOUNE LE 25/ 09 / 2019

Nom de bénéficiaire : MESSAOUD RHADBANE		
MONTURE : MEDICAL	680.00	DHS
VERRES . PROG PH G 1.6	3800.00	DHS
TOTAL:	4480.00	DHS

Arrêter la présente facture à la somme de : (**QUIATRE MILLE QUATRE CENT QUATRE VINGT DIRHAMS**)

ATLANTIC SUD OPTIC

Opticien Optometriste

N°87 Avenue, 24 Novembre

Laayoune

Tél : 06.96.75.37.11

CACHET