

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.

Saisi

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

12678

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BARAOUI

Manane

Date de naissance :

12/02/1987

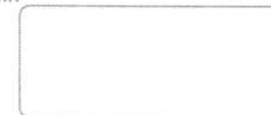
Adresse :

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 :

MUPRAS

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.

05 AOUT 2019

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

JB

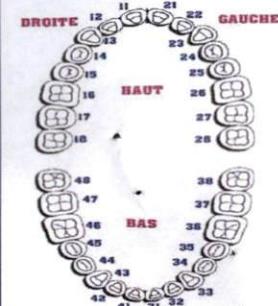
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES



Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient
----------------	------------------	-------------

Coefficient des

Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

Coefficient des

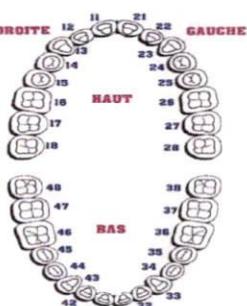
travaux

Montant des soins

Date du devis

Fin de

O.D.F. Prothèses dentaires



Détermination du coefficient masticatoire

H	
D	25533412 21433552
	00000000 00000000
G	35533411 11433553

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

VOLET ADHERENT

NOM :

Mme

DECLARATION N° W18-405297

Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
---------------	----------------	------------------------

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



W18-405297

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme 12678

Nom & Prénom BARAOU Manane

Fonction : chef Dép Phones. 0662798773

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent Conjoint Enfant Age

Date 09.05.19

Nature de la maladie

Date 1ère visite

Hypertonie

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

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
------------------	---------------------	---------------------------------

6		950 DA
---	--	--------

DOCTEUR LAALI NABIL
OPHTHALMOLOGISTE
1. Bd d'Anfa, 1^e Etage N° 3
CASABLANCA

PHARMACIE

Date

Montant de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires
------------------------------	---------------------------------

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

Docteur Nacer TAZI

Ophtalmologiste

Diplôme Universitaire de Chirurgie
de la Cataracte et de la Myopie (Besançon)
Diplôme Universitaire Imagerie et Pathologie
Rétiniennes (Paris 7)



الدكتور نصر التازي

طب وجراحة العين

دبلوم جامعي في جراحة إعتام عدسة العين
و قصر النظر (بيرنانيون)

دبلوم جامعي في تصوير و أمراض
شبکية العين (باريس 7)

Casablanca, le jeudi 09 mai 2019

Madame Hanane BARAOU

Verres Anti-reflet et monture :

De loin

Œil droit : +0.25

Œil gauche : (173° -0.25) +0.25

Docteur TAZI Nacer
OPHTALMOLOGISTE
96, Bd d'Anfa, 1^{er} Etage N° 31
CASABLANCA
05.22.22.22.18



دبلوم جامعي في جراحة إعتام عدسة العين
وقصر النظر (بيزنسون)

دبلوم جامعي في تصوير وأمراض
شبكيّة العين (باريس 7)

Diplôme Universitaire de Chirurgie
de la Cataracte et de la Myopie (Besançon)

Diplôme Universitaire Imagerie et Pathologie
Rétiniennes (Paris 7)

Casablanca, Le 09/05/2019

Note d'honoraires N° : 39/2019

- Nom et prénom du patient : Mme BARAOU Hanane**
- Prestations : Consultation 250 DH**

Arrêter la présente Note à la somme de : Deux Cents Cinquante dirhams.

Signature :

Dr. Nacer Tazi
OPHTHALMOLOGISTE
16, Bd d'Anfa, 3^e Etage N° 31
CASABLANCA
Tél : 0522.22.22.18