

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 canaux, 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 canaux.

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° P19- 0041039

N°D: 12147.

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1765 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : DADDI (Q) Nouredine.

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés :

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- 041039

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 :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

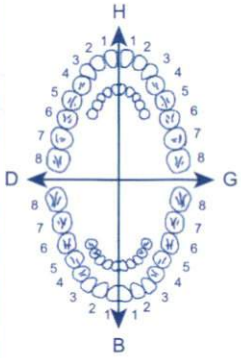
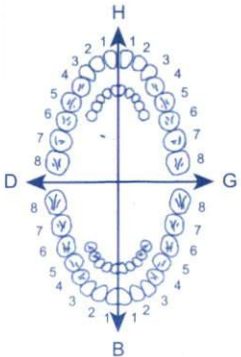
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | |
|---|---|------------------|-------------|--|---|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> | |
| | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | |
| | | | | | |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> 00000000 35533411 B </div> <div> 00000000 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | |
|  | <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> 00000000 35533411 B </div> <div> 00000000 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | |
| | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Veillez fournir une facture

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 |
| O.D.F. Prothèses dentaires | Détermination du coefficient masticatoire | | | Montant des soins |
| | H 25533412 21433552 00000000 00000000 00000000 00000000 35533411 11433553 G | | | Date du devis |
| | (Création, Remont, adjonction) | | | Fin de |
| | Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession | | | |



W18-402047

DATE DE DEPOT

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

AMPL

| A REMPLIR PAR L'ADHERENT | | | Mle 1765 |
|---|---|--------------------------------------|------------|
| Nom & Prénom | | SADDIGI Nourredine | |
| Fonction | Retraite | Phones | 0661376164 |
| Mail | nsaddigi@yahoo.fr | | |
| MEDECIN | | Prénom du patient SADDIGI Nourredine | |
| Adhérent | <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> | Age | Date |
| Nature de la maladie | | Date 1ère visite | |
| amotopie | | | |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances | | | |
| Nature des actes | Nbre de Coefficient | Montant détaillé des honoraires | |
| CS | | G | |
| PHARMACIE | | Date | |
| Montant de la facture | | | |
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | Date | |
| Désignation des Coefficients | Montant détaillé des Honoraires | | |
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | Date 31/10/2019 | |
| Nombre | | Montant détaillé des Honoraires | |
| AM | PC | IM | IV |
| | | | |
| | | | 98702 |

Dr. Asmaa EL KETTANI
Professeure
Ophtalmologie
Casablanca

ACCUEIL
17 00 2019

SEM OPTIQUE CARLAU
OPTICIENNE OPTICOMETRISTE
CASABLANCA - R.C. 135543
Tél: 0522 865584 - 0522 865016

Hôpital sans Tabac
Fumer tue

مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

Casablanca, le : 16/10/2019

ORDONNANCE

Docteur :

Mr SADDIGI Noumeddine

Luette + very progressif.

VL OD + 2,25 (-0,25 à 90°)
OG + 0,25 (-0,50 à 130°)
VP add + 2,71 DSC

JEM OPTIQUE SARL AU
OPTICIENNE OPTOMETRISTE

17, Rue Lahcen El Arjoune
CASABLANCA - R.C: 113543

Tél: 0522 86.00.58 - Fax: 0522.86.50.16

Dr. Asmaa EL KETTANI
Professeur
Ophtalmologie
Casablanca -

J.E.M Optique

sar l

17, rue Lachen El Arjouné

face HOPITAL 20 AOÛT

20000 CASABLANCA

tél: 022 86 00 58 fax: 022 86 01 63

le 31.10.19

Facture n° 19 0461

SADDIQI NOUREDDINE

Multifocaux

Monture N° TIPS: 1A

MUPRAS

2 500,00

Verres PROGRESSIF ORGANIQUE 65mm
ANTI REFLET

OD..... N° TIPS: 431

3 685,00

OG..... N° TIPS: 431

3 685,00

R.C. Casablanca 113543

Patente n° 36343701

n° I.F. 1087628

DIR
DIR

total

9 870,00

total T.T.C.

9 870,00