

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 canalaire, 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 canalaire.

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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

A

Déclaration de Maladie
Nº P19- 0041039
N° D: 12147.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1765

Société :

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom : ZADDI (Q)

Autre : Nouredoline

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'atté médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº 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 :

RELEVE 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

achat du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Achat et signature du protocole 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

883a

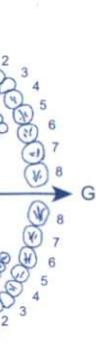
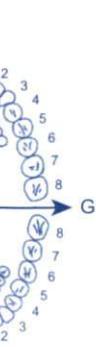
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 00000000 35533411	G	21433552 00000000 00000000 11433553
	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET GACHET 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.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement cancéreux, 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 D 25533412 00000000 00000000 35533411	H 21433552 00000000 00000000 11433553	G	Date du devis	
		(Création, Remont, adjonction) Fondamental, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de	



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

W18-402047

DATE DE DEPOT

...../201...

ANPL

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme 1765

Nom & Prénom S.A.D.I.Q.I Noureddine

Fonction Retraitee Phone 0661376164

Mail n.saddiqi@yahoo.fr

MEDECIN

Prénom du patient S.A.D.I.Q.I Noureddine

Adhérent Conjoint Enfant Age

Date

Date 1ère visite

ametropie

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	

98708

JEM OPTIQUE S.A.R.L AU
OPTICIENNE CASABLANCA
17 AVENUE EL ABBADIA
Casablanca
Tél: 0522865016
R.C: 172286543

Casablanca, le : 16 / 10 / 2019

ORDONNANCE

Docteur :

Mⁿ SADDIGI Noureddine

Lunettes à verre progressif.

VL OD + 2,25 (-0,25 à 90°)

OG + 0,25 (-0,50 à 130°)

VP add + 2,75 ODG

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

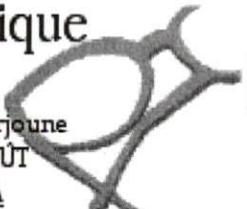
Dr. Asmaa EL KETTANI
Professeur
Ophthalmologie - Casablanca -

J.E.M Optique

sarl

17, rue Lachen El Arjoune
face HOPITAL 20 AOÛT
20000 CASABLANCA

tél: 022 86 00 58 fax: 022 86 01 65



le 31.10.19

Facture n° 19 0461

SADDIQI NOUREDDINE

JEM OPTIQUE SARL AU
T.C.F. : 001545713000096
R.C. : 113543701
T.P. : 363437628
I.F. : 1087628

Multifocaux

Monture N° TIPS: 1A

M U P R A S

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	total	9 870,00
DIR		
	total T.T.C.	9 870,00