

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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

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° P19-0017314

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00221 Société :


☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Fatima Baqtha 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° P19-0017314

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 :

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient														
			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 <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		D	00000000	00000000		35533411	11433553	Coefficient des travaux <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
G																	
D	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
		Montant des soins <input type="text"/>															
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis <input type="text"/>															
		Fin d'exécution <input type="text"/>															

Visa et cachet du praticien

Visa et cachet du praticien

Montant le devis

attestant l'exécution



P 14 /

18579

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT			Mle 0221
Nom & Prénom <u>Bougra Fatima Ep Moummu</u>			
Fonction <u>Scans</u>		Phones <u>0663139459</u>	
Mail <input type="text"/>			
MEDECIN	Prénom du patient <u>Fatima BOUGHA</u>		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age <u>81 ans</u>
Nature de la maladie <u>Glaucome + Secheron oculaire</u>			Date <u>06 MAI 2019</u>
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			Date 1ère visite <input type="text"/>
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<u>OS</u>	<u>1</u>	<u>250 Dh</u>	
PHARMACIE	Date <u>10.05.19</u>		
Montant de la facture	<u>1600 dh</u>		
GAUTHIER OPTIQUE S.A.R.L. 20, Rue TAJAHOUSSE - Gauthier Tél: 022 20 2 08 - Casablanca			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date <input type="text"/>	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX Nombre AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires			

CACHET

Docteur EL BARDAI Dafir

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Strabismes, Micro-Chirurgie, Lentilles
Angiographie, Laser

Ancien Interne des Hôpitaux de Toulouse. FRANCE

Ex. Chef de Service d'Ophtalmologie
de l'Hôpital Hassan II des Spécialités. Laâyoune

الدكتور البردعي ظافر

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

علاج الحول، الجراحة المجهرية، العدسات
تخطيط الأوعية، لآزر

طبيب داخلي سابقاً بمستشفيات تولوز. فرنسا
طبيب رئيسي سابقاً لقسم أمراض وجراحة العيون
بمستشفى الحسن الثاني للإختصاصات. العيون

Casablanca, le

06 MAI 2019

الدار البيضاء، في

Me F. Lino BOUGHHA

GAUTHIER OPTIQUE S.A.R.L.
Gauthier Optique
20, Rue Taha HOUSSEIN - Gauthier
Tél.: 022 20 2 98 - Casablanca

Carte opticien v. Lino

Carte

vs. Gauthier

organisme, F&T indicia
1 au schéma

OD = (115° - 1,00) - 1,00
OG = (90° - 1,25) .

Docteur Dafir EL BARDAI
219, Bd ZERKOUNI - Spécialiste
Tél: 05 22 94 95 39 / 06 61 17 72 01

219, شارع الزرقطوني - إقامة البردعي - المعاريف - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 94 95 39 - المستعجلات : 06 61 17 72 01
219, Bd ZERKOUNI - Résidence EL BARDAI - Maârif - Casablanca - Tél. : 05 22 94 95 39 - Urgences : 06 61 17 72 01

I.C.E.: 001862826000041 - I.N.P.: 091048249

Le 10-05-19

Mr / Mme : BOLCHA Fatima

Facture Acquittée 191228

Monture : 800 dh

O.D. : 400 dh

O.G. : 400 dh

Total : 1600 dh

GAUTHIER OPTIQUE S.A.R.L.
Galileo Optique
20, Rue TAHA HOUSSINE Gauthier
Tél.: 022 20 2 98 Casablanca

20, angle Rue Taha Houssine
et Mustapha Manfalouti
Gauthier - Casablanca
Tél. : 05 22 20 21 98
ICE : 001536168000082

INPE 095009627