

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.

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

couvrie

N° W19-413250

casa-Anfa

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 089107

Société : RAMI

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENAYAoui LAIAAMI

Date de naissance : 30.11.63

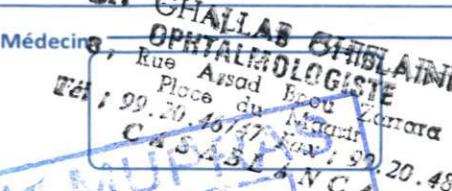
Adresse : 4 Pot laucelle Rr d'Azemmour

Tél. : 0661460122

Total des frais engagés : 2500 + 200 = 2800 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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° W19-413250

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : _____

Nom de l'adhérent(e) : _____

Total des frais engagés : _____

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Date de dépôt : _____



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
13.06.19	62		1300,00	INP : Dr. GHALIA BINTI MOHD GUSTI Rm. A202, 1st Floor, 45 Jalan 16/17, Petaling Jaya, 46147, Selangor, Malaysia Fax: 60.20.48

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/06/2019	2500.00 DH Optique Mille pour Optométriste & Opti

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VIOLET ADHERENT

* 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur GHALLAB G.

Spécialiste de la faculté de médecine de Paris

Maladies et Chirurgie des yeux

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris

Angiographie - Laser - Echographie

Chirurgie de la cataracte

Chirurgie de la Myopie

8, Rue Assad Bnou Zarrara Place du Maârif - Casablanca

Tél. : 05 22.99.20.46 / 47



الدكتورة غزلان غلاب

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

خرسanche جامعة باريس

8، زنقة أسد بن زرارة ساحة المعاريف - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22.99.20.46 / 47

Casablanca le

الدار البيضاء في

Monsieur

BENAYACHI

Abdelkader

Casablanca, le jeudi 13 juin 2019

Deux paires de LUNETTES :

DE LOIN

Oeil Droit : Verre neutre

Oeil Gauche : -1,00

DE PRES

Oeil Droit : + 2,25

Oeil Gauche : + 1,25

+ MONTURES

Optique Mille pour cent
Optométriste & Opticien

Dr. GHALLAB GHISLA
OPHTHALMOLOGISTE
8, Rue Assad Bnou Zarrara
Place du Maârif
Tél. 05 22.99.20.46 / 47
Fax : 05 22.99.20.46 / 47
Tél. 05 22.99.20.46 / 47
Fax : 05 22.99.20.46 / 47



Optique Mille pour cent
Optométriste & Opticien

Optique 1000%

Opticien - Optométriste

Facture : N° 0011156

Date : 14/06/2019

Mr : REHAYACHI, ABDELKADER

Docteur : GHALLAB G

Type des Verres : OL R A R B Blen ET Verres

Monture : optique (2) 1000.00

* Vision de Loin :

OD	Axe.....	Cyl.....	Sph.....	750.00
OG	Axe.....	Cyl.....	Sph.....	750.00

* Vision de Près :

OD	Axe.....	Cyl.....	Sph.....	295
OG	Axe.....	Cyl.....	Sph.....	295

Add :

Montant : TOTAL: 9500.00

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de : deux mille.

Sur le Port D'H