

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

ladie 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 caractére 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0401

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NORREDINE SAID

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 05 22 20 45 45

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 :

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 ci-dessus 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) :



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 canalaires, 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"> <tr> <td>D</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000 00000000 35533411</td> <td>21433552 00000000 00000000 11433553</td> </tr> </table> (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			D	H	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553
D	H							
25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553							
		Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>						
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution						

VOLET ADHERENT	NOM : <i>NORREDINE Saïd</i>	Mle 0409
DECLARATION N°	P 17 / 040488	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
	<i>88 74,10</i>	<i>8</i>
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		

Cachet
MUPRAS

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 0409	
Nom & Prénom		<i>NORREDINE Saïd</i>	
Fonction		<i>Retraité</i>	Phones <i>0522885694</i>
Mail		<i>norredine said@yahoo.fr</i>	
MEDECIN	Prénom du patient <i>NORREDINE DOHA</i>		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input checked="" type="checkbox"/>	Age <i>24 ans</i>
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
<i>A 8he ne pille (Cunette)</i>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<i>14/09/2019</i>		<i>5</i>	<i>200 DT</i>
PHARMACIE		Date <i>17/09/2019</i>	
Montant de la facture			
<i>Le: 14.09.2019 2020,- 54,10 DA</i>			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

CACHET

CACHET

Dr. Malika BOUKSIM

OPHTHALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Laser - Angiographie

Contactologie

Strabologie

Casa le :

14 Septembre 2019

Mme NOREDDINE Doha

Monture pour vision de loin + verres correcteurs
Organiques Antireflets

OD = + 0.25

OG = + 0.25 (- 0.25 à 121°)

PHARMACIE AL ANDALOUSSIA
126 (Ex 41) Rue Dom Berignon
France Ville II - Casablanca
Tél: 05 22 98 88 83

54,10 Dh

LARMABAK: collyre

1 goutte 3 fois/jour et à la demande, les deux yeux, 1 Mois

54,10 Dh

KADER OPTIQUE
OPTICIENNE OPTOMETRISTE
404, Av. Abdellah Ben Kaddour
Tél: 0522 287070 - Fax: 0522 287350

LARMABAK 0.9%

Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH

Barcode
6 118001 100651

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

Dr. BOUKSIM
OPHTHALMOLOGISTE
Bd. Oum Rabii Rés. Al Firdaus
Maison 120 - 2ème Etage
Oulfa - Casablanca
Tél: 05 22 91 41 11

Bd. Oum Rabii Gpe Résidence Al Firdaus Imm. L 30 1er étage N°5 Oulfa - Casablanca

Tél.: 05 22 91 41 11

KADER OPTIQUE

404, Av. Abdellah Senhaji
 Idrissia 1 - Casablanca
 Tél. : 05 22 28 70 73
 Fax : 05 22 80 18 36
 Patente : 33664052
 C.N.S.S : 23561145
 R.C. : : 20 47 88

IF : 02520198

ICE : 001823017000027

INP : 095004081

FACTURE

N° 0002585

Casablanca, le

M

11/09/2019
 MOHAMED NOREDDINE Dohra

O.D. = ADD. =

O.G. = ADD. = Ordonnance du docteur Bovresin

NRS de nomenclature corespondants à la prescription	Loin { O.D. = 102 O.G. = 112	Prés { O.D. = O.G. =	D.F. { O.D. = O.G. =
---	---------------------------------	-------------------------	-------------------------

FOURNITURE :

Montures :

1 Poyz 800,- 800,-

2 Verres : Skyline Ø 20 610,- 1220,-

TOTAL :

2020,-

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux millevingt DH

KADER OPTIQUE

OPTICIENNE OPTOMÉTRIE

404 Av. Abdellah Senhaji Idrissia 1

Tel: 0522 28 70 73 - Fax: 0522 80 18 36 - Casablanca