

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

Réclamations 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.

Éducation :

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

N° = 24766

Déclaration de Maladie : N° P19- 0009547

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *MORABBI Yed* Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *MORABBI Yed* Date de naissance : *04/10/1966*

Adresse :

Tél. : *06 66 71 73 79* Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : *31/12/2019*

Nom et prénom du malade : *Morabbi Nourane d.* Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Affection cardiaque*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : *ACCIDENT*

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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19- 0009547

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

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
31-12-2020	cs .. 1		250 dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cache et signature du praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Dr. H. A. MANSOUR et Yousra Mansour Tél. 05.23.30.47.13	11/07/2006					1500,-

VIOLET ADHESIVE

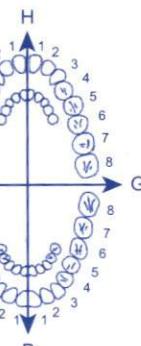
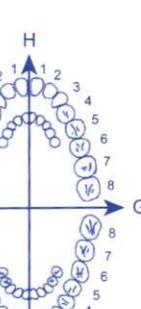
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 d

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			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

**CLINIQUE SPECIALISÉE
MOHAMMEDIA
OPHTALMOLOGIE**



الطب
المحمدية
الختصة
في أمراض وجراحة العيون
الدكتور منير م.
طب وجراحة العيون
خريج كلية الطب بلجيك (بلجيكا)
داخلي سابق بمستشفيات باريس

Docteur MOUNIR M.
Ophtalmologiste
Diplomé de la faculté de médecine
de Liège (Belgique)
Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Mohammedia, le :
31 décembre 2019

Mr. MORABBI Mohamed

Monture pour vision de près + verres correcteurs
Antireflets

VP :

OD = + 2.25

OG = + 2.25

OPTICAL AUDITION
Opticien Optométriste
Parc Plaza, Angle Yacoub El Mansour
et Youssef Ben Tachfine - Mohammedia
Tél: 05.23.30.47.13

Docteur MOUNIR M.
OPHTALMOLOGISTE
Clinique Spécialisée
33, Lot Sania, Bd Hassan II
Mohammedia

33, Lot Sania Av Hassan II, Mohammedia - المحمدية -
Tél.: 05 23 32 90 02 / 03 - Fax : 05 23 32 38 63 / ICE : 001949640000068
RDV : 06 50 12 88 66
للموعد :

OPTICAL AUDITION

Client: Mr MORABBI MED

N° Facture: FMM57052002111016

Date: 11/02/2020

Désignation	Qté	Valeur TTC
Monture	1	700.00
VERRE OD Organique PRE ATR: 2.25	1	400.00
VERRE OG Organique PRE ATR: 2.25	1	400.00
HT		1250.00
TVA 20.00%		250.00
TTC		1500.00



La présente facture est arrêtée à la somme: MILLE CINQ CENT DIRHAMS

PARC PLAZZA I, ANGLE YAACOUB EL MANSOUR, YOUSSEF BEN TACHFINE IMM. M N°1-MOHAMMEDIA

Tél: 05.23.30.47.13 / N°PATENTE: 14378870 / N°IF: 14378870 / N°RC: RCN 12303

ICE: 001509644000079 / INPE: 095013348 / Email: opticalaudition@gmail.com