

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 : adhession@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.

Déclaration de Maladie

N° W19-528023



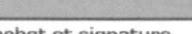
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) 211983			
Matricule : 8462			
Société : D&SS			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : HA'I TI Mohamed			
Date de naissance : 23/01/1961			
Adresse : 21			
Tél. : 06 84 25 38 00 Total des frais engagés : _____ Dhs			

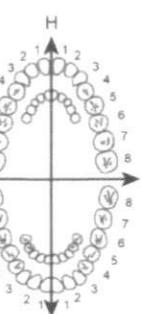
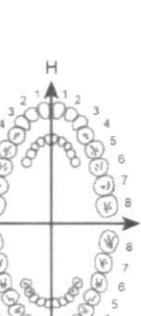
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 20/02/2020			
Nom et prénom du malade : HAITI MOUAD Age : _____			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Maladie Chronique			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Accident de la route			
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. 13 MARS 2020			
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 : _____			
Signature de l'adhérent(e) : 			

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
19.02.2020 CS		2	<p>Deux Chirurgies cavalière et son Parto</p> <p>210\$ Parto</p> <p>110\$ Chirurgie</p> <p>80\$ So 28</p> <p>29\$ 6645</p>	INP : 06146502

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
 LHEND 70, Bd Abd Choualb Doukkali - Sidi Mâârouf 3 Casablanca	28.02. 2020					2900.00	

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.																				
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (empty table rows)	Nature des Soins (empty table rows)	Coefficient (empty table rows)	INP : <input type="text"/>																
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																
				MONTANTS DES SOINS																
				DÉBUT D'EXÉCUTION																
				FIN D'EXÉCUTION																
				OD.F PROTHÉSES DENTAIRES 																
				DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
				H	25533412	21433552														
				D	00000000	00000000														
				B	35533411	11433553														
G																				
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXÉCUTION																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																				

Docteur Farida ATLAS ,

Chirurgie de la cataracte

Echographie - Angiographie - Laser

Contactologie - Strabologie

Membre de la Société Française d'Ophtamologie

Ancien spéciliste au CHU 20 Août Ibnou Rochd - (Casa)



الدكتورة فريدة أطلس

الجراحة المجهزة للجلالة

تخطيط أوعية الشبكة ، الليزر

العدسات الاصفقة، الحول

عضو في الجمعية الفرنسية لطب العيون

طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء

Casablanca le : 19.02.2020

Hanafi Monas

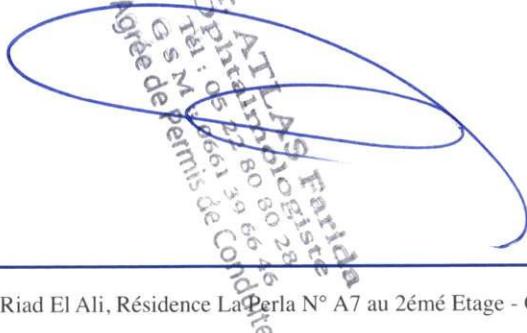


lunettes pour un

OD -4,0 (-2,25 ax 175)

OS -4,0 (-2,00 ax 180)

Autograph



Avenue Rue 2 Mars et Boulevard El Fida, Hay Riad El Ali, Résidence La Perla N° A7 au 2ème Etage - Casablanca

Tél : 05 22 80 80 28 - Urgent : 06 61 39 66 46



Facture N° 0001199

Casablanca, le : 28 - 02 . 2020

Mr (e) : Haiti Mouad

N°de nomenclature: VL / VP

Docteur : Farida ATLAS

Monture :	<u>Plastique</u>	<u>1200 DH</u>
Verres :	<u>2V ERMA AR 1.67'</u>	<u>1700 DH</u>
VL OD :	<u>(175 - 2.25) - 4.00</u>	
VL OG :	<u>(180 - 2.50) - 4.00</u>	
VP OD :		
VP OG :		

Total : 2900 dh

Arrêtée la présente facture à la somme du:

Deux Mille Neuf
cent dirhams

170, Bd Aba Chouib Doukkali - Sidi Maârouf 3
Casablanca

170, Bd Aba Chouib Doukkali - Sidi Maârouf 3
Casablanca

170, Bd Aba Chouib Doukkali - Sidi Maârouf 3 - Casablanca

RC. : 242266 - Patente : 34602206 - CNSS : 4913473 - IF : 45521215 - ICE : 001784537000020