

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.

Educations :

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.

Prothèse 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- 067323

ND: 31982

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3790 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Chaoui Youssef

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0667010760 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 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° P19-067323

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
				Montant des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux											
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>G 00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D 00000000	G 00000000		35533411	11433553	Montant des soins
	H												
	25533412	21433552											
	00000000	00000000											
D 00000000	G 00000000												
	35533411	11433553											
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis											
		Fin d'exécution											

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N° P 14/0023493		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
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		



P 14 / 23493

DATE DE DEPOT
/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 3720	
Nom & Prénom CHASUI YOUSSEF			
Fonction Retraité	Phones 0667 010760		
Mail y.chasui@hotmail.fr			

MEDECIN	Prénom du patient Youssef Chasui
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age 65 ans
Nature de la maladie	Date 28.2.2020
	Date 1ère visite

Correction optique		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
		7

PHARMACIE	Date	Signature et cachet du Pharmacien
Montant de la facture		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES	Date	CACHET
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	

AUXILIAIRES MEDICAUX		Date 30/06/20	FAICAL OPTIC SARL AU Opticien Optométriste 9, Bloc D, Lot. ENNOUR Avenue Ibn Atir- FES - MAROC	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM		IV

Dr Faical Optic Sarl AU

Opticien Optometriste

N°9 Bloc D. Av. Ibn Attir Lot Nour

FES-MAROC

Date: 30/06/20

Nom: Chaoui

youssef

Facture : 0133/01

Prescription Docteur	Loin	OD = + 2,25
	OG = + 2,75 (0,75 à 45°)	
Près	OD = + 4,00	
	OG = + 4,00	
Fournitures :		Montant :
Monture :	Une Monture	+ 1200 DH
Verres :	2 Verres organique progressifs Anti-blue photo-cris. UV 1,7	+ 2000 DH
TOTAL :		+ 3200 DH

Cachet de l'opticien

La présent facture TTC arrête à la somme de :

Trois Mille Deux
cents Dirhams

FAICAL OPTIC SARL AU Opticien Optometriste 9, Bloc D, Lot ENNOUR Avenue Ibn Attir- FES - MAROC
INPE : 145004438

ORDONNANCE

IP :

Service : Fès, le : 28 / 2 / 2020

Nom et Prénom du malade : Youssef Chaoui

lunettes de 60

VIL

OD: + 2,25 (pl)

OU: + 2,75 (- 0,75 à 45°)

VDP

+ 4,00 ODG

FAICAL OPTIC
SARL AU
Opticien Optométriste
9, Bloc D, Lot. ENNOUR
Avenue Ibn Atir- FES - MAROC

Cachet et signature
du médecin

Dr. Youssef LANGARI
Médecin Résident
Service d'Ophtalmologie
CHU Hassan II - FES