

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.

Diologie 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.

Education :

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.

Prothétique :

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 à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 059839

Optique 36.996

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8042

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : M.A.H.BOUJB M.Malayer

Date de naissance : 19.53

Adresse : 11/OUASSOU R

Tél. : 0663.793.041

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 17.09.2011 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 : / /

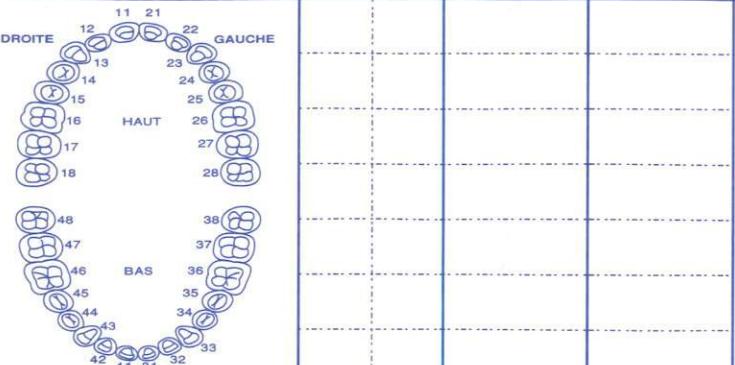
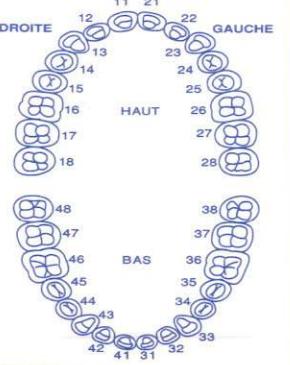
Signature de l'adhérent(e) :

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" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33.33%;">DROITE</td> <td style="width: 33.33%;">H</td> <td style="width: 33.33%;">GAUCHE</td> </tr> <tr> <td>12 13 14 15 16 17 18</td> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>HAUT</td> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>48 47 46 45 44 43</td> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td>BAS</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DROITE	H	GAUCHE	12 13 14 15 16 17 18	25533412 00000000	21433552 00000000	HAUT	D	G	48 47 46 45 44 43	00000000 35533411	00000000 11433553	BAS			
DROITE	H	GAUCHE																		
12 13 14 15 16 17 18	25533412 00000000	21433552 00000000																		
HAUT	D	G																		
48 47 46 45 44 43	00000000 35533411	00000000 11433553																		
BAS																				
Visa et cachet du praticien attestant <u>le devis</u>		Visa et cachet du praticien attestant <u>l'exécution</u>																		

VOLET ADHERENT	NOM :	
DECLARATION N° P 14 / 0008548		
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		

MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

P 14 / 0008548

DATE DE DEPOT

..... / / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme	Signature de l'adhérent MEDECIN Prénom du patient <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age Date Date 1ère visite AFFECTION oculaire S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances Dr. AGUEDACH Abdellah Ophtalmologiste 88, Bd. Mly. Ismail - Berrechid Tél.: 0523 32 72 58 medecin
Nom & Prénom		MAHBOURB MUSTAPHA	
Fonction		Rebute	
		Phones	
Mail		0663792641	
Nature de la maladie			
		AFFECTION oculaire	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires C 2 200DH
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 13/10/2020	Espace optique Opticien optométriste : Opticien : Cet attestation Bloc 57 N° 98 06.30.00.60.00.4.06.63.67.07.07
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
		4000, Pi	

Docteur Abdelghani AGUEDACH

Ophtalmologiste

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Ancien Médecin des Hôpitaux Militaire



الدكتور عبد الغني أغاichi

طب العيون

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طبيب سابق بالمستشفيات العسكرية

تصوير الأوعية

علاج بالليزر

الحول، العدسات اللاصقة

الجراحة بالمجهر

Angiographie - Laser

Strabisme

Lentille de Contact

Microchirurgie

Berrechid

04/08/16

برشيد، في

WAT Bous
Westaphia

an Rets

00 (- 0.85. 90)

+ 0.75 (- 1. 80)

00 + 3.00

Espace optique
ordres optométriste
S.M. Ophthalmique 20/20 57/57 08
06.30.00.60.00 / 06.61.85.07.40

Dr. AGUEDACH Abdelghani
Ophtalmologiste
88, Bd. My. Ismail - Berrechid
Tél.: 0522 32 72 58

05 22 32 72 58 - شقة رقم 6 (طريق حد السوالم) برشيد - الهاتف : 88
88, Bd Moulay Ismail - Appt. N° 6 (Route Had Soualem) - Berrechid - Tél. : 05 22 32 72 58

فضاء البصريات

Espace Optique

Facture

Sidi othman Bloc 57 N°98 CASABLA

Tél. : 06 3000 6000 / 06 6185 0749

سيدي عثمان بلوك 57 رقم 98 - الدار البيضاء

№ 0000242

Date : 13/08/2020

Client :

V.Loin

SPH

1,200 285

OD

-0,75

95

Prix

1500

OG

-1,50

-0,75

80

1500

V.Pres

100 + 3,00

SPH / ADD

CYL

OD

1,200 285

Espace optique
opticien optométriste
Sidi Othman Bloc 57 N°98
Casablanca
06.30.60.60.00 / 06.61.85.07.49

OG

1,200 285

MONTURE

MÉTAL

VERRES

1,200 285

Total

1000

3000

4000

Arrêtez la présente facture à la somme de :

Quatre mille cinq mille Dirhams

RC : 401396 - PATENTE : 37208888

IF : 14412518 - ICE : 000544034000083