

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.

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.

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 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- 049991

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1096 Société : 40787

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZERROU - Abdelhak

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0601049754 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) :

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

Uniquement au praticien
montant le devis

Uniquement au praticien
montant l'exécution

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-340395	
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		



W18-340395

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle
Nom & Prénom		
Fonction :	Phones	
Mail		
MEDECIN	Prénom du patient <u>Zerrou Abdelnir</u>	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date <u>25/06/20</u>
Nature de la maladie		Date 1ère visite
<u>Glaucome chronique</u>		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>CS</u>	<u>01</u>	<u>30000</u>
PHARMACIE		Date <u>25.06.2020</u>
Montant de la facture		
<u>234,00</u>		
<p>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</p> <p>Désignation des Coefficients</p> <p>Montant détaillé des Honoraires</p>		
Date :		
AUXILIAIRES MEDICAUX		
Date :		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

Pr. Abdelouahed K. Pr.
Professeur d'Ophtalmologie
Chirurgie et Maladies des yeux
Chirurgie Réfractive
281, Av. Mohammed V, Appt. N° 2172
Rabat - Tél.: 05 37 26 26 31 / 06 61 40 66 86

DR. LALI KOURBA
Plage Tilal, 248 Bis C.R. El Mansouria
Ben Slimane - Tél/Fax : 05 23 30 30 18
Mohammed 5704 - Patente N° 39941500
05 23 196750 00029

LOT/EXP.:

CW4840

Y45043

05/2022

PPV 127DH00



Pr. Abdelouahed KARIM

Professeur d'ophtalmologie

+212 661 406 668

-Membre de la Société Européenne d'Ophtalmologie.

-Membre de la Société Française d'Ophtalmologie.

-Spécialiste en Essais Cliniques et Recherche Thérapeutiques, Lyon.

Spécialiste en Ophtalmologie, Oculoplastique et en Chirurgie réfractive

- Attestation formation spécialisée Apporofondie en Oculoplastique et oncologie, Paris.
- Diplômé en chirurgie réfractive, Phacoémulsification, Paris.
- Diplômé en oculoplastique et techniques Injections de toxine botulique et de produits de comblement
- Diplôme en Oncologie Oculaire, Paris - Besançon

25 juin 2020

Mr. ZERROU Abdenbi

124,00 x 2

1/ XALATAN COLLYRE



1 goutte par jour le soir à 21h

2/ AZARGA: COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour

3/ HYLOGEL

1 application 2 à 4 fois par jour

Traitement pendant : 3 Mois , dans les deux yeux

234,00

PHARMACIE PONT BLONDIN
Dr. LALI KOUBAA
Place Tillel, 248 Bp. C.B. El Mansouria
Beni Slimane - Tél./Fax : 05 30 30 18
E-mail: medina5704 - Patepharm 36941502
VCF : 001135741502

Pr. Abdelouahed KARIM
Professeur d'Ophtalmologie
Chirurgie et Maladies des yeux
Chirurgie Réfractive
281, Av. Mohammed V, Appt. N° 21/22
Rabat - Tél.: 05 37 26 26 31 / 06 61 40 66 68