

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

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ique :

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.

ntaire :

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 caractére 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

Nº P19- 064028

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 66611 Société : 47408

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : LAAMALT Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 61 00 93 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Lina 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 : / / /

Signature de l'adhérent(e) : / /

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19-064028

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux
DROITE	GAUCHE				
HAUT	BAS				
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			
		H			
D		25533412 00000000 00000000 35533411	G	21433552 00000000 00000000 11433553	
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution			

VOLET ADHERENT	NOM :	Mme
DECLARATION N°	W18-349005	
Date de Dépot	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		W18-349005	DATE DE DEPOT
A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 6441	12.11.2020
Nom & Prénom : LAANARTI MOHAMED		Fonction : C.D.B. Phones : 0661060093	
Mail : _____		MEDECIN Prénom du patient : Laamarti lina	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input checked="" type="checkbox"/> Age : 17 ans Date : 20/10/2020		Nature de la maladie : Refracte optique	
Date 1ère visite : 12 NOV. 2020		S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances	
Nature des actes : G		Nbre de Coefficient : 1	Montant détaillé des honoraires : GT
Date du devis : _____		PHARMACIE Date : _____	
Fin de : _____		Montant de la facture : _____	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date : _____		Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX Date : 24.10.20		Nombre AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires	
		2000 Dr.	
		MUPRAS 12 NOV. 2020 ACCUEILL	
		Signature : _____	
		Cachet : _____	
		Pharmacie : _____	
		Date : 24.10.20	
		Montant détaillé des Honoraires : 2000 Dr.	
		32 Rue Ibn Yaqoub, Casablanca, Maroc, 20000	
		Téléphone : 0522 361 745 / 0522 222 0014	
		Email : 095000614	

22/10/20

Telle Lina Bouraati

Frontale + Vers de C
anti-reflet + filtre bleu

MC

OD : -0,25 D

OS : -0,25 D

MADHUE
32 Rue Ibn Rachid
Casablanca
Tél: 0522 36 60 00
ICE: 0005 22 36 60 00 14

Dr. TOUZANI Chita
Service d'Ophtalmologie

MA TUVUE

Pour voir et être vu...

Casablanca, le 24. 10. 20.

Mme Laamarti Lina

FACTURE ACQUITTEE F20/486 -

PRESCRIPTION : DR Touzani Ghita LE 22. 10. 20.

MONTURE	Vegue	1000 Dh
VERRES	og suppos anti-reflets anti lumiere bleue	
-0,25 OD	verre 1,56 cuvel proxencia	500 Dh
-0,25 OG	verre 1,56 cuvel proxencia	500 Dh
TOTAL		1000 Dh

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

Deux mille dirhams

~~MA TUVUE~~
32 Rue Ibn Yalâ El Ifrani Racine
Tél: 0522 368443 - 0522 128084
ICE: 00051433000014

32, Rue Ibn Yaala El Ifrani - Casablanca - Tél. : 05 22 36 84 43 - E-mail : matuvueoptique@hotmail.fr

R.C. : 155 909 - Patente : 35790721 - I.F. : 1104664 - C.N.S.S. : 7354096

ICE : 000514333000014