

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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 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- 064028

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6661 Société : 47408

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LAAMAEI Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066160093 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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des Montant des soins

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux	
	H		
	D 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		
	Date du devis		

Visa et cachet du praticien attestant le devis	Visa et cachet du praticien attestant l'exécution
---	--

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-349005		
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			



W18-349005

DATE DE DEPOT

12/11/2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 6441
Nom & Prénom		LAAMARTI MOHANE D
Fonction :	CAB	Phones : 0661 06 00 93
Mail		

MEDECIN	Prénom du patient	Laamarti Mohane
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input checked="" type="checkbox"/>
Age	17 ans	Date 22/10/20
Nature de la maladie	Refractif optique	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
G	1	GT

PHARMACIE	Date
Montant de la facture	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES	Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	24.10.20
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV



22/10/20

Mlle Lina Lasmarti

Porteur + Vues de Co
anti-reflet + fillette Sou

UC

OD h : -0,25 D

OG : -0,25 D


MATIYUE
32 Rue Ibn Youssef - Racine
Tél: 0522 36 84 84
ICE: 0005 12 12 80 84
0014


Dr. TOUZANI Chita
Service d'Ophtalmologie

MATUVUE

Pour voir et être vu...

Casablanca, le 24. 10. 20.

M^{lle} LAAMarti Lina

FACTURE ACQUITTEE F20/486 -

PRESCRIPTION : DR Touzani Ghita LE 22.10.20.

MONTURE	Veque	Jeon dh
VERRES	og surpres anti reflets anti lumiere bleue	
- 0,25 OD	ouma 1,56 cuizal provincia	Seon dh
- 0,25 OG	ouma 1,56 cuizal provincia	Seon dh
TOTAL		Seon dh

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

Deux mille dix-huit

MATUVUE

32 Rue Ibn Yaala El Ifrani - Racine

Tel: 0522 36 84 43 - Fax: 0522 12 80 84

ICE: 000514333000014

32, Rue Ibn Yaala El Ifrani - Racine - 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