

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- 064029

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6461 Société : 47409

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : LAAMARTI Mohamed

Nom & Prénom : LAAMARTI Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

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

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Saoudi 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° P19-064029

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
				Montant des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

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

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-349006	
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		



W18-349006

DATE DE DEPOT

12 / 11 / 2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle
Nom & Prénom	LAAMARTI	NOTANES
Fonction :	CAB	Phones: 066106 0093
Mail	laamarti@royalairmaroc.com	

MEDECIN	Prénom du patient
	Guemoun
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age 65 ans
Nature de la maladie	Date 22/10/20
Refraction 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 :
Nombre		24.10.20
AM	PC	IM
		IV
Montant détaillé des Honoraires		
3000 dh		



22/10/20

Mme Guennou Sarah



Monture + Verres de 
anti-reflets

4L

OD : + 0,25 (-0,25 à 25°)

OG : + 0,25

add : + 1,00


MATHEVUE
32 Rue Ibn Youssef, 111 front - Racine
Tél: 0521 6834 1234 - 0521 6834 1234
ICE: 00051423300001

Dr. TOUZANI Chita
Service d'Ophtalmologie

MATUVUE

Pour voir et être vu...

Casablanca, le 24.10.20

M^{me} Guennoun Souad

FACTURE ACQUITTEE F20/487.

PRESCRIPTION : DR Touzami Ghita LE 22.10.20.

MONTURE	Just Cavalli	1000 dh
VERRES	optiques anti-reflets	
+0,25 (-0,25) 25 OD	ouwa 1,56 AR	500 dh
add: +1,00	ouwa 1,56 AR	500 dh
+0,25 OG	ouwa 1,56 AR	500 dh
add: +1,00	ouwa 1,56 AR	500 dh
TOTAL		3000 dh

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

Trois mille

chilliers

MATUVUE
32 Rue Ibn Yaala El Ifrani - Racine
Tel: 0522 36 84 43 - Fax: 0522 36 84 43
E-mail: matuvueoptique@hotmail.fr
ICE: 000514333000014