

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

ducation :

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.

adie 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

Nº P19- 064027

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 616441 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

LAAMADJI Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 06160993

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Selma

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 Nº P19-064027

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
				Montant des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
				Coefficient des travaux
				Montant des soins
				Date du devis
				Fin de
O.D.F. Prothèses dentaires				
Détermination du coefficient masticatoire				
	H			
D	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	G	
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				
VOLET ADHERENT NOM : Mle				
DECLARATION N° W18-348991				
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



W18-348991

DATE DE DEPOT

12/11/2016

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle 6441

Nom & Prénom LAANARTI NOTANEED

Fonction : CSB Phones... 0661060093

Mail

MEDECIN

Prénom du patient hasmaiti Selma

Adhérent Conjoint Enfant Age 20ans Date 22/11/2016

Nature de la maladie

Refraction optique

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

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

PHARMACIE

Date

Montant de la facture

ANALYSES - RADIOPHARIES

Date :

Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date : 24.10.20

Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

200 Jh.

MAISON VUE
32 Rue Ibn Rachid 10520 Casablanca
Tél. 0522 511111 / 0522 121084
INPE 950000603

MUPRAS
ACCUEIL
ACCUEIL

12 NOV. 2020

MUPRAS
ACCUEIL SIEGERAM

DR
DUZANT Cela
SERVIEU SPÉCIALISATION

MUPRAS
ACCUEIL

MUPRAS
ACCUEIL

MUPRAS
ACCUEIL

22/10/20

Hélène Laamati Selma

Fortale + Vues de CO
anti-reflet e flette seu

17

D : -0,25 D

C : -0,50 D

LE M 14/10/2014
32 Rue Ibn Sina, Casablanca, Maroc
Tél: 0522 36 21 14 - Fax: 0522 36 21 14
E-mail: ophthalmologie@cliniquestendhal.com

Dr. Taha Chitra
Service d'Ophtalmologie
CLINIQUE STENDHAL

MA TUVUE

Pour voir et être vu...

Casablanca, le 24.10.2020

Mme Laamarti Selma

FACTURE ACQUITTEE F20/485-

PRESCRIPTION : DR Touzani Ghila LE 22.10.20

MONTURE	Ray Ban	1000 Dh
VERRES	orangees anti-reflets anti lumiere bleue -	
-0,25 OD	Ormea 1,56 czal prevencia	500 Dh
-0,50 OG	Ormea 1,56 czal prevencia	500 Dh
TOTAL		2000 Dh

Arrêtée la présente Facture à la Somme de : Deux mille dirhams

MA TUVUE
32 Rue Ibn Yaqoub El Ifrani Racine
Tél: 0522 36 84 43 - 0522 12 80 84
ICE: 00051 130 000014