

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.

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.

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 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



Dossier *appel*
Déclaration de Maladie

N° P19- 057558

ND: 49780

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7821 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOHIM MOHAMED

Date de naissance : 17/08/67

Adresse : 29 François Villon c/é phéau casablanca

Tél : 0664720372 Total des frais engagés : 7800,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Casnet du médecin :

Dr Reda MIKOU
Chirurgien Ophtalmologiste
18, Avenue Stendhal - Casablanca SC
Tél : (+212) 0522 47 15 94
E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.com

Date de consultation : 11/12/2020

Nom et prénom du malade : Mouhim Mohamed Age: 53

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☒ Son conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Chirurgien Ophtalmologiste

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 : CASABLANCA Le : 24/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant la prise en charge des honoraires
09/11/2020		05	300,00	Chirurgien Oculophtalmologiste 18, Avenue Stendhal - Casablanca, SC Tél. : (+212) 0522 47 15 94 E-mail : r.mikou@chirurgienstendhal.com

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
OPTICAL MUSEUM Tél. : 05 22 98 01 66	12/11/2020					7800 F.H

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PT201109111516

09 novembre 2020

Mr. MOUNIM Mohamed

Monture + verres correcteurs progressifs
Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

VL : OD = + 0.25 (- 0.25 à 52°)

OG = + 0.25 (- 0.25 à 124°)

VP : ODG = Add : + 2.00

Dr Reda MIKOU
Chirurgien Ophtalmologiste
18, Avenue Stendhal - Casablanca .SC
Tél : (+212) 0522 47 15 94
E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.com

OPTICAL MUSEUM
Tél : 03 82 98 01 88

OPTICAL MUSEUM *LIVE IN LUXURY*Client(e)**MOUNIM MOHAMED**

Date Facture	Facture N°
12/11/2020	1341

Nom.	Désignations	Qté	Prix Unitaire	Montant
	MONTURE OPTIQUE	1	1200,00	1200,00
	VERRE ORGANIQUE PROGRESSIF AVEC TRAITEMENT ANTI LUMIERE BLEUE			
	OD -:- Sph : +0,25 CYL:-0.25 AXE: 52° Add : +2,00	1	3300,00	3300,00
	OG -:- Sph : +0,25 CYL: -0.25 AXE: 124° Add : +2,00	1	3300,00	3300,00

Net à payer : 7800,00**Arrêtée la présente facture à la somme de :**

Sept mille huit cents dirhams

Dont T.V.A 20 %

OPTICAL MUSEUM
TEL : 05 22 98 01 12

19,RUE RACINE ,VAL FLEURY ,CASABLANCA - TEL : 0522980188- RC : 246013 N°CNSS 8912869

ICE :000024484000084

N°patente : 34792219 - N°IF : 40437426