

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



Déclaration de Maladie

N° M20- 0002958

ND: 52444

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00356 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TAOUZER Mohamed

Date de naissance : 24-02-1942

Adresse : TAMARIS ANFA Villa 138

DARBOUZA

Tél. : 0659281409 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



SOINS ET PROTHÈSES 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																
				Coefficient des travaux																
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Montant des soins																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				Date du devis
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction)			Fin de																	
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																				

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		W17-101023	
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	



W17-101023

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 00356
Nom & Prénom <u>TAOUZER MOHAMED</u>		
Fonction : <u>Retraité</u>	Phones <u>0661673138</u>	
Mail <u>mtaouzer@hotmail.com</u>		
MEDECIN		Prénom du patient <u>TAOUZER Mohamed</u>
Adhèrent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date <u>02/12/2006</u>
Nature de la maladie		Date 1ère visite
<u>HTO + cataracte o.d.</u>		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>02/12/2006</u>	<u>8</u>	<u>25000</u>
PHARMACIE		Date <u>02.12.2006</u>
Montant de la facture		<u>996,30</u>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
IV		

Dr. Malika BOUKSIM

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Laser - Angiographie

Contactologie

Strabologie

الدكتورة بوقسيم مليكة

طب العيون

دبلوم التشخيص بالأشعة فوق الصوتية

إختصاصية في أمراض و جراحة العيون

اللايزر....

Casa le : 02 Décembre 2020

Mr. TAOUZER Mohamed

XOLAMOL: COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour, les deux yeux, 6 Mois

زولامول®
Xolamol®

Lot: X B 0 2 9 1
Fab: 0 2 2 0
Exp: 0 2 2 2

P.P.V: 110 DH 70

زولامول®
Xolamol®

Lot: X B 0 2 9 1
Fab: 0 2 2 0
Exp: 0 2 2 2

P.P.V: 110 DH 70

زولامول®
Xolamol®

Lot: X B 0 2 9 1
Fab: 0 2 2 0
Exp: 0 2 2 2

P.P.V: 110 DH 70

زولامول®
Xolamol®

Lot: X B 0 2 9 1
Fab: 0 2 2 0
Exp: 0 2 2 2

P.P.V: 110 DH 70

زولامول®
Xolamol®

Lot: X B 0 2 9 1
Fab: 0 2 2 0
Exp: 0 2 2 2

P.P.V: 110 DH 70

زولامول®
Xolamol®

Lot: X B 0 2 9 1
Fab: 0 2 2 0
Exp: 0 2 2 2

P.P.V: 110 DH 70

زولامول®
Xolamol®

Lot: X B 0 2 9 1
Fab: 0 2 2 0
Exp: 0 2 2 2

P.P.V: 110 DH 70

زولامول®
Xolamol®

Lot: X B 0 2 9 1
Fab: 0 2 2 0
Exp: 0 2 2 2

P.P.V: 110 DH 70

Lot: X B 0 2 9 1
Fab: 0 2 2 0
Exp: 0 2 2 2

P.P.V: 110 DH 70

Dr. BOUKSIM M.
OPHTALMOLOGISTE
Bd. Oum Raddoune Al Firdaus
Imm. L 30 / Zone Etas
Casablanca 20110

Gpe Résidence Al Firdaus Imm. L 30 1er étage N° 5 Oulfa - Casablanca

Tél. : 05 22 91 41 11