

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.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La 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.

N° W21-625215

134329

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société :	
Matricole : 8369		Nom & Prénom : TAKJMAN Ab Jelali	
Actif		Pensionné(e) Autre :	
Date de naissance : 27/10/1966		Adresse :	
Tél. : 0661470668		Total des frais engagés : Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
D. BERRADA Mohammed OPHTHALMOLOGISTE 108, Bis Bd. Abdelmoumen, Rte ACAPULCO Tél.: 0522 99 40 40 / 0522 99 40 81 Email: berrada.hamid@gmail.com	
Cachet du médecin : 21 SEP. 2022	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : TAKJMAN ielou Age :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : AFFECTION OPHTALMOLOGIQUE	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous enveloppe 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 :
Signature de l'adhérent(e) : 



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
21 SEP. 2022	Consultation	gratuit		INP : 09103211 Dr. BERRADA Mohammed CHILOLOGISTE Bce ACAPULCO

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	E-mail: ben@benfrance.com 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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Opticiens Optométristes Résidence Al Mawtouf Tunis - 1000 - 0522 98 24 53	14/3/2011	(432)		non four 21 une 1	7070 11	2200,00 300,00 5200,00

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adionction]

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mohammed Berrada

Ophtalmologiste

Maladies et chirurgie des yeux

Medecin Agrée pour la visite

Médicale d'aptitude à la conduite

Correction de la myopie au laser



الدكتور محمد براة

اخصائي في أمراض وجراحة العيون

طبيب معتمد للفحص الطبي

للقدرة على السياقة

تصحيح الميopia بالليزر

Casablanca, le 24 SEP. 2022

TORGJMAN ilham

lunettes

OD : (40, - 0.25) - 2.50

OE : (160, - 0.75) - 4.00

PIÈT → ODG , odd + 3

verres progressifs unis

Dr. BERRADA Mohammed

Ophtalmologiste
Résidence Acapulco
Angle Bd. Abdelmoumen
Casablanca - Tél. 0522 99 40 40

104 Bis Bd. Abdelmoumen, Résidence ACAPULCO
Tél. 0522 99 40 40 / 0522 99 40 41
E-mail: berrada.hamid@gmail.com

إقامة أكابولكو (فوق القرض العقاري السياحي) - 104، مكرر شارع عبد المؤمن البيضاء

Résidence Acapulco (au dessus C.I.H.) - 104, bis, Bd Abdelmoumen Casablanca

Tél.: 05 22 99 40 40 / 41 - GSM : 06 62 15 84 83 - الهاتف : E-mail : berrada.hamid@gmail.com

OPTIPRI

Votre Vision, notre passion

Nom : Tafjman...
Prénom : Ilham...
Mutuelle : MUPRAS...

Facture N° 5355

	VL	VP	CODE
Monture	2200,00		
Verre O D	1500,00		VL 132 VP
Verre O G	1500,00		VL 132 VP
Divers			
TOTAL	5200,00		
	Cinq mille deux cents dh		

Mode de Paiement :

Chèque
N°

Espèce

INP 095002143

Fait à Casablanca

ICE 001525105000023

Le 07.10.2002

Cachet et Signature

221-250 (225,60)
01-4,00 (25,160)
466,76

OPTIPRI
Opticiens Optométristes
Résidence Al Mawlid
Angle Bd. Abdelmoumen & Bd. Anoual
Casablanca - Tél : 0522 98 24 68



2, Résidence Al Mawlid - Angle Bd Abdelmoumen et Bd Anoual

Tél.: 0522 98 24 68 - Fax : 0522 98 29 87

R.C. N° : 91885 - Patente N° : 34715597 - Ident.Fiscal N° : 1086454