

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 canalaire, 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 canalaire.

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

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.

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

M22- 0048999

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	3166	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	148029
Nom & Prénom :		T. BRAHIMI ABDELLAH	
Date de naissance :		1-1-1946	
Adresse :		Rue Ameur 34 HAY FARAH	
Tél. :		0662563042	Total des frais engagés : 884,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	/	/	/
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC Pathologie :			
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 M22-0048999

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 :

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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

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° W21-654510

par courrier

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 3166		Société : RAM.	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ABDELLATIF
Nom & Prénom : IBRAHIMI			
Date de naissance : 1-1-1946			
Adresse : Rue Aroual, n° 34, Hay FARAH FES Route Ain chkef.			
Tél. : 0662563042		Total des frais engagés : 884,50 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Dr DRISSI TOUZANI WALAÏ Khadija OPHTALMOLOGISTE		
Cachet du médecin :	26, Av. Saint Louis Saâda Rce Espace Saâda (Près Asswak Saâda) 1er Etage Bureau N° 2 FES 05 35 65 71 24 - INPE 141246785		
Date de consultation :	06/10/2023		
Nom et prénom du malade :	Ibrahim Abdellatif Age:		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Consultation ophthalmie		
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
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 06/10/2023

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	
N° W21-654510	
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 :	3166
Nom de l'adhérent(e) :	IBRAHIMI ABDELLATIF
Total des frais engagés :	884,50
Date de dépôt :	

Dr. DRISSI TOUZANI Khadija
Ophthalmologiste

Ex.Medecin à l'Hôpital Omar Idrissi de Fès.
Diplômée en Maladies de la Surface Oculaire de Brest France
Diplômée en adaptation de Lentilles de Contact de Rabat
Diplômée en OCT en Ophthalmologie de Bordeaux
Diplômée en Chirurgie Réfractive de Casablanca
Spécialiste en Orthokératologie (contrôle et freinage de la myopie)



د. خديجة ادريسي توزاني
اختصاصية في أمراض وجراحة العين

طبيبة سايفا بمستشفى عمر الإدريسي بفاس
دبلوم في أمراض سطح العين ببرست فرنسا
دبلوم في العدسات اللاصقة بالرباط
دبلوم في التصويب المقطعي البصري ببوردو
دبلوم في تصحيح النظر بالليزر بالدار البيضاء

Fès, le : **06 janvier 2023**

Mr. IBRAHIMI Abdellatif

95,50 x 4

IBRIMO

1 goutte 2 fois par jour le matin et soir , dans les deux yeux, pendant 3 Mois

89,50 x 3

LATANOCOM

1 goutte par jour le soir, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

TTT continu

634,50

Q PHARMACIE FARAH
Dr YAHYAoui RACHIDA
13 AV IBN ATIR FARAH 2
LOT EL ARSA - FES
TELE: 05 35 60 05 14
TÉL: 05 35 60 28265

DR. DRISSI TOUZANI WALI Khadija
OPHTHALMOLOGISTE
Av. Saint Louis Saâda Rce Espace Saâda
Tels 05 35 65 71 24

LATANOCOM™

Lot:

Exp:

PPV : 89 DH 50

LATANOCOM™

Lot:

Exp:

PPV : 89 DH 50

IBRIMO®
(Brimonidine Tartrate 0.2%)

Lot:

Feb: 11 09

Exp: 11 21

11 23

P.P.V: 91 DH 50

LATANOCOM™

Lot:

Exp:

PPV : 89 DH 50

IBRIMO®
(Brimonidine Tartrate 0.2%)

Lot:

Feb: 2 A U 14 7

01 22

Exp: 01 24

P.P.V: 91 DH 50



Lot: K 0238

Feb: 09 21

Exp: 09 23

P.P.V: 91 DH 50



IBRIMO®
(Brimonidine Tartrate 0.2%)

Lot:

Feb: 2 A U 14 7

01 22

01 24

P.P.V: 91 DH 50

