

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.

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° W21-773052

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	9889	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	BENAMAR YASSIR
Nom & Prénom : BENAMAR YASSIR			
Date de naissance : 29/07/73			
Adresse : RES FATINE APT 9 RUE AHMED CHARCI CASA			
Tél. :	0661162001	Total des frais engagés : 3200 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-214-A-214	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin : SOCIOS A BRITEL OTITALMOLOGISTE 49, Rue Tala - Casablanca Tel: 052 22 20 18/02 22 22 22 22		
Date de consultation :	31.12.2022	Nom et prénom du malade : ASSABBANE MERYEM Age:	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Affection pulmonaire			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 13 MAR. 2020			
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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 10/03/2023

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W21-773052
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 : 9889	
Nom de l'adhérent(e) : BENAMAR	
Total des frais engagés : 3200	
Date de dépôt : 10/03/2023	

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
31.12.92	CL PH C		300,00 54	INP : 0910391198

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
OPTIQUE MILIE POUR CENT OPTICIEN OPTOMETRISTE	09/03/2023					12900,00€	

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE										
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.										
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
		INP : <input type="checkbox"/>								
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>								
		MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>								
		DEBUT D'EXECUTION <input type="checkbox"/>								
		FIN D'EXECUTION <input type="checkbox"/>								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	D	B
H	G									
25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553									
D	B									
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>								
		MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>								
		DATE DU DEVIS <input type="checkbox"/>								
		DATE DE L'EXECUTION <input type="checkbox"/>								

Docteur A. BRITEL

Diplômé d'Etudes Spéciales d'Ophtalmologie
de la Faculté de Médecine de Nancy

Diplômé Inter-Universitaire
de Chirurgie Refractive et Cataracte
de l'Université de Bretagne Occidentale

Maladie & Chirurgie des Yeux
Laser . Angiographie

49, Rue TATA (Ex. Poincaré) - Casablanca
Tél.: 05 22 27 95 03 / 05 22 22 04 82 / 05 22 27 09 18

Sur Rendez - Vous

الدكتور عبد الرحمن بريطل

حاصل على الشهادة الوطنية الفرنسية
لأمراض و جراحة العيون

حاصل على الشهادة الجامعية لجراحة
الجلالة و قصر البصر

عضو الأكاديمية الأمريكية لأمراض العيون
أشعة الليزر

49، زنقة طاطا (بوانكري سابقا) - الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 27 09 18 / 05 22 22 04 82 / 05 22 27 95 03

بالصيغ

Casablanca, le le 31/12/22 الدار البيضاء في

A Casablanca Nguyu

lunettes pour 20 unités refléchies
vitrine du prêt

+ 1,75 (ODG)

~~OPTIQUE MILLE POUR CENT~~

~~OPTICIEN~~
~~OPTOMETRISTE~~

~~Docteur A. BRITEL~~

~~OPTICIEN~~

~~49, Rue Tata Casablanca~~

~~Tél. 05 22 27 95 18 / 05 22 22 04 82~~

Optique 1000%

Opticien - Optométriste



OPTIQUE MILLE POUR CENT

OPTICIEN

OPTOMETRISTE

Facture :

0000827

Date :

09/03/2023

Mr: ASSIBANE NERJEN

Docteur:

Type des Verres:

Progressif Aut. ref CT Bleu

Monture:

Optique

2900.00

* Vision de Loin :

OD	Axe	Cyl	Sph	350.00
----	-----	-----	-----	--------

OG	Axe	Cyl	Sph	350.00
----	-----	-----	-----	--------

* Vision de Prés :

OD	Axe	Cyl	Sph	
----	-----	-----	-----	--

OG	Axe	Cyl	Sph	
----	-----	-----	-----	--

OPTIQUE MILLE POUR CENT

OPTICIEN

OPTOMETRISTE

Add:

Montant: 2900,00

Dimitri Nekliudov

N°425 Centre-Ville Bd Anglais - Casablanca

ICE: 001834000001810 - IF: 018345 - R.C: 242426

T.P: 023451 - Patente: 30057211