

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° W21-675197

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricole : MOSU		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : HABIB ALLAH		
Date de naissance :		
Adresse :		
Tél. : Total des frais engagés : Dhs		

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation : 03/05/2023		
Nom et prénom du malade : HABIB Allah Maryem Age:		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : Astigmatisme		
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 ADHÉRENT	
Déclaration de maladie N° W21-675197	
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).	
Matricole :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

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
03.05.2023	U.S.	300 dh	INP : 0911188025 0911 83020 0922 871296 0522 0522	SAOUHAD adulte et petit enfant

VOLET ADHERENT

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.										
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>						
COEFFICIENT DES TRAVAUX				<input type="text"/>						
MONTANTS DES SOINS				<input type="text"/>						
DEBUT D'EXECUTION				<input type="text"/>						
FIN D'EXECUTION				<input type="text"/>						
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE									
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000 D 35533411</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000 G 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H	G	25533412 00000000 D 35533411	21433552 00000000 G 11433553	B	
	H	G								
	25533412 00000000 D 35533411	21433552 00000000 G 11433553								
	B									
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession									
COEFFICIENT DES TRAVAUX				<input type="text"/>						
MONTANTS DES SOINS				<input type="text"/>						
DATE DU DEVIS				<input type="text"/>						
DATE DE L'EXECUTION				<input type="text"/>						



X-optic : 6,Bd.Aboubakr el Kadiri
(Rond point Al Moustakbal) Sidi Maarouf,
Casablanca, Maroc
Tél.: 05 22 78 01 01
Mobile: 06 60 13 49 55
INPE: 095018438
IF: 15182364
RC: 308097
ICE: 000011825000049
TP; 34092157

Facture **011413** Casablanca, le : **26/05/23**

Mr/Mme : **HABIB ALLAH MARYEM**

N° de Nomenclature :

Docteur :

Monture :	Optique	1500,00	1
Verres :	organique Antireflets		
VL:	Amincis		
OD:	Plan (-1,00 à 0)	1200,00	1
OG:	Plan (-0,25 à 35)	1200,00	1
VP:			
OD:			
OG:			
		Totale: 3900,00	D.H

Arrêtée la présente Facture à la somme de : **Trois Mille**
meuf cent dirhams.

Payé Par espèce



Dr. Moussaoui Khadija

Ophtalmologie Adulte et Pédiatrique



د. مساوي خديجة

طب و جراحة العيون للأطفال و الكبار

- Ex Professeur et Enseignante à l'université Med VI des sciences de la santé
- Diplômée des Universités de Médecine de Marrakech et Paris
- DIU en ophtalmologie pédiatrique. Université Paris Descartes. Paris
- DIU en neuro-ophtalmologie. Université Pierre et Marie Curie. Paris
- DIU en oeil et médecine interne. Université Pierre et Marie Curie. Paris
- DIU en Adaptation des lentilles de contact. Paris
- DIU en Tomographie en cohérence optique. Paris
- Membre de la société française d'ophtalmologie

- أستاذة سابقاً بجامعة محمد السادس لعلوم الصحة
- خريجة جامعات الطب بمراكنش و باريس
- شهادة طب العيون للأطفال. باريس
- شهادة طب الأعصاب و العيون. باريس
- شهادة طب الأمراض الباطنية و العيون. باريس
- شهادة العدسات الاصنف الطبية باريس
- شهادة التصوير المقطعي البصري باريس
- عضو الجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون

03 mai 2023

Casablanca الدار البيضاء

Enf. HABIB ALLAH Maryem

Monture pour enfant + verres correcteurs
Antireflets

OD = (- 1.00 à 0°)

OG = (- 0.25 à 35°)

Dr. MOUSSAOUI Khadija
Ophtalmologue Adulte et Pédiatrique
INPE 09 11 83 0 20
Tel 05 22 87 12 96

