

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.

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.

Optique :

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.

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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

381301

Déclaration de Maladie : N° P19- 0013160

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2801

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Sadek Abdellah

Date de naissance :

Adresse : SALMIYA 2 RUE 28 I 68 N 41

Tél. : 05 22 20 45 45

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/07/2010

Nom et prénom du malade : Sadek Abdellah

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : correction optique + affection oculaire

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.

Témoigne sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration et déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19- 0013160

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 :

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
08/07/20		S	2000 H.F.	Dr. EZ-100 Opticien 219, Avenue Latour, 1000 Bruxelles Tél. 02 23 33 22 22 - 0472 0658 75 75

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<i>Optique ABDO</i> <i>Praticien : Opticien</i> <i>N° : 9 City Diana</i> <i>Tel : 0322351205</i>	02/07/20					2450,00

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ICP.

O.D.F
PROTHESES DENTAISES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

* Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat et Marrakech

* Diplôme universitaire en OCT - Université de Bordeaux

* Ancien Médecin des Hôpitaux Lyon (France)

* خريج كلية الطب بالرباط و مراكش

* دبلوم جامعي في التصوير المقطعي للشبكة - جامعة بوردو

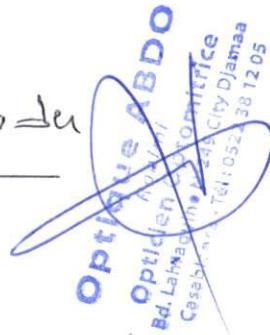
* طبيب سابق بمستشفيات ليون (فرنسا)

Casablanca, le :

02 / 07 / 2020

الدار البيضاء، في:

M^r Sadek Abdelloudu



* Une paire de lunette 2nd œil unique, verres progressifs, anti-reflets :

$$\begin{aligned} \text{• } \text{D}\text{S} &: +3,25 (-1,25 = 86^\circ) \\ \text{• } \text{D}\text{G} &: +2,75 (-1 = 92^\circ) \end{aligned}$$

Adsl + 3D en DSC

العنوان : 219 ، شارع الهراءين (المدية) قرية الحماعة ، سباتة ، الطابق الثاني (فوق صيدلية الراحة) - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 29 18 29 - المستعجلات : 06 39 75 75 70

219, Avenue Lahraouine (Madania) Cité djemâa , Sbata 2^{ème} étage (au dessus de pharmacie Erraha) - Casablanca

Tél : 05 22 29 18 29 - Urgences : 06 39 75 75 70

OPTIC ABDO

RAHIMI

Facture N° :	235-20
Fait à casa le :	02/07/20
A Mr/Mme :	SADIK ABDELKADER
Docteur :	MOHAMED REDA EZ ZAHRAOUI

	loin	Prés	DF	PR
OD				522
OG				522

Fournitures

		Prix
Monture	MONTURE OPTIQUE	350
VERRES	OR AR PRG	2100
Correction		
OD	OG	ADD
(-1,25 à 86)+3,25	(-1 à 92)+2,75	3

Total (TTC)	2450	ESPECES
-------------	------	---------

