

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

- Reclamation : 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 à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Alital Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alital Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge - Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 32 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-551467

35825

Coussin
NSA

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7848

Société : Royalair maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ENNAHLI AZEDDINE

Date de naissance :

06/01/1968

Adresse :

52 RUE ATTABARI YAALIF
CASABLANCA

Tél. : 0661 107 611

Total des frais engagés : 9400,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Professeur Ouafae Banchekroun
Ophtalmologiste
Rés du Palais Bd Ghandi
Tél./Fax 022 36 37 08
Urgence 062 55 19 36

Cachet du médecin :

Date de consultation :

14/07/2020
Ennahli Azzeddine

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Ophtalmologie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aura 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

AGENCE SIEGERAM
Le : 05/07/2020

Professeur Ouafae Banchekroun
Ophtalmologiste
Rés du Palais Bd Ghandi
Tél./Fax 022 36 37 08
Urgence 062 55 19 36

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

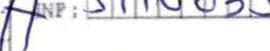
N° W19-551467

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 : 7848
Nom de l'adhérent(e) : ENNAHLI
Total des frais engagés : 9400,00 Dhs
Date de dépôt :

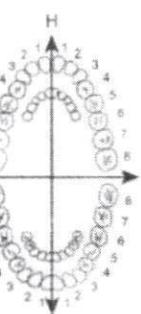
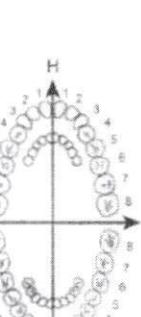
7848

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
14.07.06		CS 300 DH		INP : 51100356 Signature : 

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
 Dr. H. El Khayam Bd Ghandi & Omar El Khayam Casablanca - Tel / Fax: 05.22.95.15.25 B.C: 298634 - Pat 34821600 001628169000031	27/07/05				0000

* 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 H <table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	35533411	11433553	B	
25533412	21433552														
00000000	00000000														
D	G														
35533411	11433553														
B															
		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"/>													

Professeur Ouafae BENCHEKROUN

Ex. Enseignante à la faculté de Médecine
de Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Chirurgie vitéro rétinienne

Angiographie Laser

Adaptation de Lentilles de Contact



الدكتورة وفاء بنشقرون

أستاذة سابقة بالتعليم العالي بكلية

الطب بالدار البيضاء

اختصاصية في طب وجراحة العيون

جراحة الشبكة

تخطيط أوعية الشبكة - الایزر

عدسات الاتصال

Casablanca, le

14_07_20

الدار البيضاء

Ennahli Azedoline

See the VL

OD = +1,25 (-0,25, 160)

OG = +1 (-1,25, 180)

Add +1,25

verres progrès
anti réflexe
Bleu

option.1
Ang. Bd Ghandi & Omar El Khayam
Casablanca - Tél / Fax: 05 22 95 15 23
R.C: 298634 - Pat: 34821600
ICE: 001628169000031

Professeur Ouafae Benchekroun
Ophtalmologiste
Rés du Palais Bd Ghandi
Tel/Fax 022 36 37 08
Urgence 062 55 19 36

Résidence du Palais, Angle Bd. Ghandi et Yacoub El Mansour, Imm D, 3ème étage N° 12 - Casablanca.

Fax et Tél.: 05 22 36 37 08 - Urgence ; 06 62 55 19 36

OPTIC N°1
ANGLE BLD GHANDI ET OMAR
EL KHAYAM 286 BEAUSEJOUR
TEL/Fax: 0522951523
LE 27/07/2020

MR ENNAHLI AZEDDINE

FACTURE 93/20

MONTURE	2100.00DH
VERRE ORGANIQUE PROGRESSIF AR	3500.00DH
VERRE ORGANIQUE PROGRESSIF AR	3500.00DH
TOTAL	9100.00DH
TVA	1516.00DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE NEUF
MILLE CENT DIRHAMS.

optic n.1
Ang, Bd Ghandi 8 Omar El Khayam
Casablanca - Tel / Fax: 05.22.95.15.23
R.C: 298634 - Pat: 34821600
ICE: 001628169000031

Payee per card