

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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 Alali Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alali 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° W19-434703

ND: 35951

COURRIER
NSN

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 05534		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : NAANI Abdellmajid			
Date de naissance : 08-09-1960			
Adresse : Résidence El Wahda Tam F5 App 4A Berrechid			
Tél. : 0662130426		Total des frais engagés : #2750,00 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 05/02/2020			
Nom et prénom du malade : NAANI Abdellmajid Age : _____			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : affez card			
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 : Berrechid Signature de l'adhérent(e) :

Le : 30/02/2020

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie N° W19-434703	
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 : 05534	Nom de l'adhérent(e) : NAANI
Total des frais engagés : 2750,00	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
10 juil 2012	MS	150,0000		INF : <input type="checkbox"/>
				Signature : 27539

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 OPTICIEN CONTACT ADMY Opticien Kinésithérapeute Diplômé Clinique Opticien Médecin Bassechelle 10-05-06 10-06-100051-POL N° 40707884	29/07/2020	2600,00

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						

VOLET ADHERENT

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

Dr.REZKI Sirine

Maladie et Chirurgie des Yeux
 Ancien médecin des hôpitaux de Toulouse
 Ancien médecin de l'hôpital 20 août de Casablanca
 Chirurgie de la cataracte par phaco
 Emulsification, Chirurgie réfractive, Angiographie, Laser
 Lentilles de contact, Rétinopathie diabétique



الدكتورة رزقي سرين

طب وجراحة العيون

طبيبة سابقة بمستشفيات تواز

طبيبة سابقة بمستشفى ٢٥ شتنب بالدار البيضاء

جراحة العجلة بالصدى، تصعيد العصر بالليزر

تصوير النوعية الشبكية، عدسات اللاصقة، فحص الشبكية

Naam

ABdel Majed

OU

16 JUL 2021

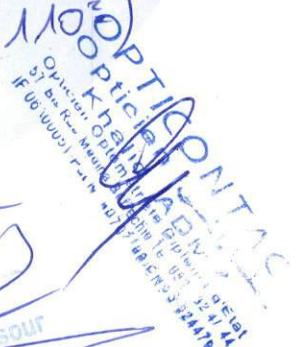
1) lunettes vor coche) at Z

UCL 0,00 + 2,00 (- 0,25 à 10%)

UCF 0,00 + 1,75 (- 0,25 à 10%)

UP 0,00 add + 3,00 300%

2) Aclar 200x15 60%



زاوية شارع محمد الخامس وزنقة يعقوب المنصور

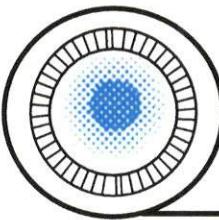
فوق قيسارية الحاج أحمد جانب مختبر ابن سينا(اقامة الحاج أحمد الطايف النول المدخل B الشقة رقم 5 - برشيد)

Angle Bd Mohamed 5 Rue Yacoub El Mansour, Résidence Haj Ahmed

(Au dessus de kissariat Haj Ahmed Coté du laboratoire ibn sina) 1er Etage. Entrée B - Appt N°5 - Berrechid

Tél : 05 22 51 75 39 / 06 56 16 04 86 - E-mail : sirine.med11@gmail.com

optic contact



Opticien



065008021

Khalid Admy

Opticien Optométriste

Facture N°

571/20

Berrechid, le

29/02/2020.

Client : M. NABIL Al-Saleh Mafajil.

Code	Description	Total
481	R Visu o/e lun Ves	1000
481	D gms profils +65/-MC +2,00	1000
	500	
	OPTIC CONTACT OPTICIEN OPTOMETRISTE DOPOMÉTRISTE Berrechid - Maroc Tél. 0522.32.41.44 - Fax 0522.32.41.44 N° de patente 40707188 - C.N.S.S. N° 2244797 - R.C. 607 Berrechid	2500
	+ 2,00 (-0,2/-MC)	
	+1,75 (-0,2/-MC)	
	Dem mille Cinq Cent Dirhams	