

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 canaux, 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 canaux.

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

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/Air de Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (G) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-542405

40469

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08154 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELIMARTE M HAMED

Date de naissance : 01/10/1965

Adresse : N° 24 PASSAGE N° 1 HAY WAFIK
BERRECHIDJ

Tél : 06 66 113130 Total des frais engagés : 250 + 3500,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/09/20

Nom et prénom du malade : A

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint

Nature de la maladie : affec

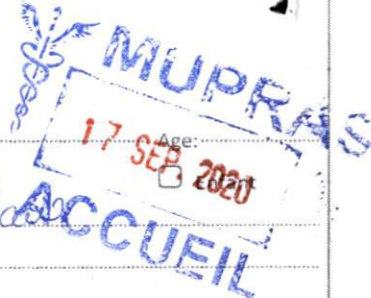
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 16/09/20 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



RELEVÉ 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
04 SEP. 2020	SS	250	2500	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04.9.20	1100

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	
OPTIDITE KARIM CHOUAIB ABIL Opticien - Optométriste 5 Lot 1000m Bd Hassan II - Bl. rechid 14/09/2020 Tel: 022 53 32 61 - Fax: 022 52 71 77	14/09/2020					3500 w

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXECUTION []
				FIN D'EXECUTION []
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25593412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DATE DU DEVIS []
				DATE DE L'EXECUTION []

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 سرينة

طب وجراحة العيون

طبيبة سابقة بمستشفيات تولوز

طبيبة سابقة بمستشفى 20 أغسطس بالدار البيضاء

جراحة الجلابة بالصدى، تصحيح البصر بالليزر

تصوير النوعية الشبكية، عدسات اللاصقة، فحص الشبكية

04 SEP. 2020

El N Rabte N Pham

1/ Lunettes pour Co (VU) + (VU) 20/20

OC - 0,25 (-1,25 à 85°)

OG - 0,25 (-1,25 à 90°)

FLORA VISION
PPC: 110.00

UtAv / Lot
05/22 / 19613

Mo. - 0,25 add + 0,25 85°

1/ Pham

Dr. Karim Eddine Adil
Opticien - Optométriste
Angle Bd Mohamed V et Yacoub El Mansour
Entrée B - Appt n° 5 - 1er étage
Tél: 05 22 51 75 39

OPTIDINE

KARIM EDDINE ADIL

Opticien - Optométriste

Angle Bd Hassan II - Berrechid

Tél: 05 22 51 75 39 / Fax: 022 32 77 77

زواية شارع محمد الخامس وزنقة يعقوب المنصور

(فوق قيسارية الحاج أحمد جانب مختبر ابن سينا) إقامة الحاج أحمد الطابق 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

5, Lot Essafi Bd. Hassan II
Berrechid
Tél. : 05 22 53 32 61

BERRECHID LE : 14/09/2020

Client	MR EL MRABTE MHAMED
--------	---------------------

FACTURE N°101/2020

QTE	Description	PU (TTC)	Montant (TTC)
1	MONTURE OPTIQUE	700,00	700,00
2	VERRES PROGRESSIFS INCASSABLES BLANCS +ANTI REFLET	1 400,00	2 800,00
			3 500,00

INP 065002248

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : **TROIS MILLE CINQ CENT DIRHAMS**

