

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

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° W19-578939

ND : 45061

MUPRAS
RECEPTION
Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1109

Société : en cours

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JAMAL SAÏD

Date de naissance : 21/05/1952

Adresse : 104 B^e Ghamdi Hay BEASY Berrachid

Tél. : 066455659080

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 26/10/2008



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
13/10/20 CS G				INP : 090006784

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>CLINIQUE ALTA Rue Mansard Quimper Casablanca</i>	13/10/20	LASEK PASEAL	1200 DH

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

Dr. ESSALIME KARIMA

Spécialiste de la chirurgie et
des maladies des yeux
Ophtalmologie pédiatrique
Cataracte - Angiographie & Laser
Lentilles de contact



الدكتورة الساليم كريمة

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون
جراحة المياه البيضاء (الجلالة) بالليزر
طب العيون للأطفال
تصوير أوعية الشبكية و الليزر
العدسات اللاصقة

08/10/2020

Mn. JANAU Soud

DTz. Depuis 1984 , avec ATCDS d' HIV
modérée de l'OG . Glaucome OD (AV = 1/30^e)
A Commencé PPR OG (a déjà fait - 3 années)
 $OG = AV \approx = 4/10^e$

⇒ Prendre de Compléter sa PPR OG

Dr. ESSALIME KARIMA
Ophthalmology
146 Bd Joulane Appartement 1 - Salmia 2 - Casablanca - Maroc
Casa - Tél : 0522 57 00 55

146 , Boulevard Joulane , Appartement 1, 1er Etg - Salmia 2 - Casablanca - Maroc : 06 67 66 89 60
05 22 57 00 55 ، شقة رقم 1 ، الطابق الأول - السالمية 2 ، الهاتف :

FACTURE

N° : 8790 B / 2020 du 13/10/2020

LASER PASCAL

Nom patient JAMALI SAID
PAYANTEntrée 13/10/2020
Sortie 13/10/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix unitaire	Montant
LASER PASCAL	1,00		1 200,00	1 200,00
			Sous-Total	1 200,00
		Total Clinique		1 200,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :
MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

Total 1 200,00

CLINIQUE AL MADINA
 Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard Quartier Palmiers Casablanca Tél :05 22 77 77 40 à 49 - Fax :05 22 25 00 01/02
 Email : clinique.almadina@yahoo.fr-I.F n°:1007171-R.C :407991-Patente :34702425