

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 canalaires, 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 canalaires.

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 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° W19-582809

51547

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 12462	Société : Royal Air Maroc		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : RABIAH MACHAM			
Date de naissance : 23/08/85			
Adresse :			
Tél. : Total des frais engagés : 2.000 Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 26/10/2020	
Nom et prénom du malade : BOUYARIA OULIA	
Lien de parenté : Lui-même	
Nature de la maladie : Affection	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 15 DEC. 2020	
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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 04/11/20

ACCUEIL

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
26/10 2023	CS		3000,00	INP : 091023436 Docteur RENKUAN Cholpise CLINIC

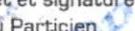
EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHARMACEUTICALS

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	3-11-94	on Notee + drugs of AR 1.6 Rhee uv				1700,00

RELEVÉ 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'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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			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"/>								
	H <table border="1"> <tr> <td>25833412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> D <input type="text"/> G <table border="1"> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> B				25833412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
	25833412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact



PT201026102546

Casablanca le :
26 octobre 2020

Mme BOUYAHYAOUI IDRISI Aouatif

Monture + verres correcteurs

Organiques Antireflets

OD = + 0.25 (- 0.50 à 175°)

OG = Plan (- 0.50 à 180°)



Sarl au Capital de 1 200 000,00 MAD - 13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca

Tél. (LG) : 05.22.25.71.71 - Fax : 05.22.25.11.15 - Web : www.occ.ma

RC : 416933 - I.F : 1051442 - T.P : 34788018 - C.N.S.S. : 6448395 - I.C.E. : 002077199000057



Casablanca le : 26/10/2015

Dr. A. BENKIRAN
Ophtalmologist

BON DE REGLEMENT

Reçu de M... Bonyaly Ami Fmissi Aoualif

La somme de : TROIS Cent Dirhams
300.00 DHS

Pour : CONSULTATION

Cachet et signature

Docteur
A. BENKIRAN
Ophtalmologist
OPHTALMO CLINIQUE
DE CASABLANCA
Rue des Papillons - Oasis - Casablanca
Tél. 0522.25.71.71 (LG) - Fax : 0522.25.11.15
Urgence 24/24

FACTURE

AMAL OPTIC

Opticien Optométriste diplômé
R.C. 71634

I.F. 40114872

Adresse: (Résidence Warda, magasin A12 Hay Salam)

Code postal : Meknès 50040

Téléphone: 05 35 53 14 17

N° de patente: 17640600
ICE: 001990868000039

DATE: 30/10/2020

N° FACTURE: 358/2020

POUR: Correction optique

CLIENT: Bouyliyadi
BDRISSI Aouatif

IN.P.E: 13501000f

Description	Prix unitaire	Montant
OS Monture	400,-	400,-
+ 2 verres optiques AR 1.6 Ensay Bleu vision de l'œil	500,-	1000,-
SB +0,95 (-0,75) 145		
OS bleu (-0,75) 186		
	1650,-	1650,-
	100,-	100,-
	1750,-	1750,-

Arrêtez la présente facture à la somme de :

Mille sept cent dix-sept

AMAL Optic
Opticien Optométriste diplômé
Résidence Warda Mag. A12 Hay Salam
Tél. 05 35 53 14 17