

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



Déclaration de Maladie

N° W19-465160

14791

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3015 Société : RAM (Retraite C.A.C.)

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AMARA ELYABOUNI

Date de naissance : 28/05/1957

Adresse : 121 Lot Espaces Propriétés TEMANA

Tél. : 06 62 03 83 09 Total des frais engagés : 1790,10 Dhs

Docteur Khadija CHERGUI

Cadre réservé au Médecin

Ophthalmologiste

79, Av. Oqba, 1er étage - Agdal
Rabat / Tél. 05 37 77 77 55

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/10/2019

Nom et prénom du malade : Amara ADAM Age : 14 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Hypermétropie Astigmatisme

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 : Le : 03/10/19

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-465160

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 : 3015

Nom de l'adhérent(e) : AMARA

Total des frais engagés : 1790,10

Date de :

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
03/10/2019	CS		300.00 DH	INP : 191164423 Docteur Khadija CHERGUI Ophthalmologiste 1er étage - Agdal 77 55

INP : 19776447
Docteur Khadija CHERGHI
Ophthalmologiste
2^e étage - Agdal
Rabat / Tél : 05 37 77 77 55

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Optique La JEUNESSE Rue 10 N° 35 Hayma CNITRA Tél. 05 37 36 65 25</p>		14000h

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

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

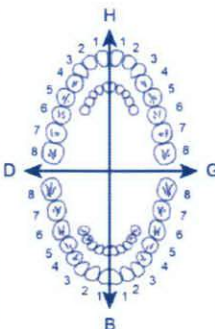
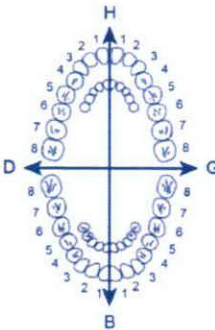
*** Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.**

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"/>												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	B															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

INP: | | | | | | | | | |

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Khadija CHERGUI

Ophtalmologiste

Maladies et chirurgie des yeux

Angiographie numérisée - Laser - OCT

Ancien Médecin attaché à l'hôpital
Militaire d'instruction Mohamed V - RABAT



الدكتورة خديجة الشرقي

متخصصة في أمراض وجراحة العيون

تصوير الأوعية المرقوم - الليزر

فحص الشبكة بالليزر

طبيبة ملحقه سابقا بالمستشفى

العسكري الدراسي محمد الخامس - الرباط

03 octobre 2019

Rabat, le : الرباط في

Enf. AMARA ADAM

Monture + verres correcteurs

OD = + 3.75 (- 0.75 à 165°)

OG = + 3.75 (- 1.00 à 170°)

Docteur Khadija CHERGUI
Ophtalmologiste
79, Av. Oqba, 1er étage - Agdal
Rabat / Tél: 05 37 77 77 55

Optique La JEUNESSE
Rue 10 N° 12 Hay Med V
KENITRA Tel.: 05 37 36 65 25



نظارات الشباب

Optique La JEUNESSE

Lunettes optique et solaire.

FACTURE

№ 00413

Kénitra, Le

Mr. AMARA ADAM

Vision de Loin

œil D 165° cyl -0.75 SPH +3.75

œil G $\Delta 90^\circ$ cyl - 1.00 SPH +3.75

400	co
400'	w

Vision de Près

œil D.....cyl.....SPH.....

æil G.....cyl.....SPH

VERRE

MONTURE

SPH
cyl
as jumps antiright
Referal junior 1990

600	20
-----	----

Optique La JEUNESSE
Rue 10 N° 12 Hay Med V
KENITRA Tél. 05 37 36 65 26

TOTAL

1400	50
------	----