

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

Biologie 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.

Éducation :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

157021

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3566 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Mouradi Nedjal

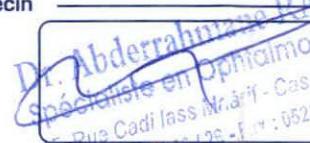
Date de naissance : 11/8/58

Adresse : 140 la helle 11e

Tél. : 066 113 13 84 Total des frais engagés : 239,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/12/19

Nom et prénom du malade : Mouradi Nedjal Age : 121318

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : affection oculaire

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 : CAS Le : 08/01/2020

Signature de l'adhérent(e) : AS



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
28/12/19	C	300 DH		<p>Dr. Abderrahmane RABIB Spécialiste en Ophtalmologie 15, Rue Sadia Massouda Tél : 0522 384466 - Fax : 0522 384466</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE D'ALMAZOUZ TÉL : 03 22 74 49 38	28/12/19	95,-

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
ELVIA	28/12/19					2000,-

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX																				
MONTANTS DES SOINS				MONTANTS DES SOINS																				
DEBUT D'EXECUTION																								
FIN D'EXECUTION																								
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000	11433553	B		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	21433552	00000000	00000000	D	00000000	00000000	11433553	B	
H	21433552																							
00000000	00000000																							
D	00000000																							
00000000	11433553																							
B																								
H	21433552																							
00000000	00000000																							
D	00000000																							
00000000	11433553																							
B																								
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																								
DATE DU DEVIS				DATE DE L'EXECUTION																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																				



CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA Docteur Abderrahmane RAISS
Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

Dr. Abderrahmane RAISS

Chirurgie de la Cataracte
par Phacoémulsification
Chirurgie de la Myopie, Astigmatisme
Hypermétropie, Presbytie (Laser - Implant)

الدكتور الرايس عبد الرحمن

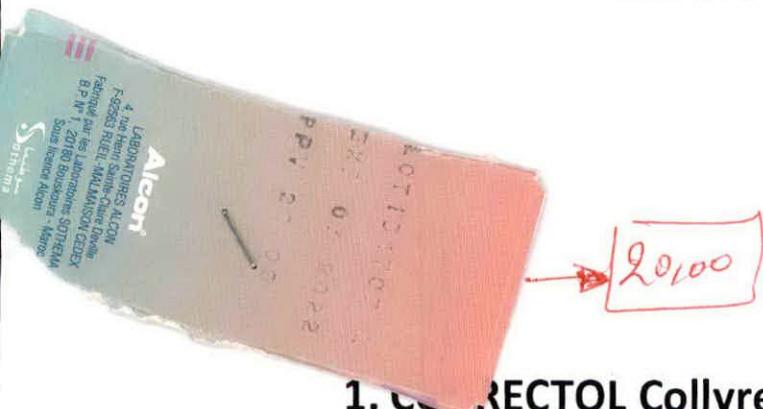
اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

جراحة المياه البيضاء (الجلالة)

علاج قصر البصر بالليزر

samedi 28 décembre 2019

MOURADI MARIEM



1. RECTOL Collyre :



20,20

1 goutte 3 fois par jour aux deux yeux pendant 10 jours

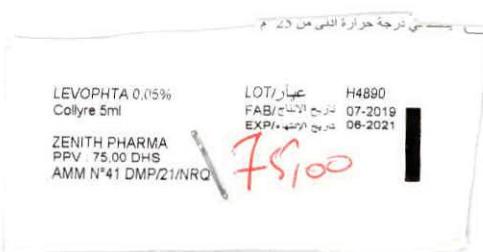
20,20

2. LEVOPHTA collyre



1 GOUTTE, 3 FOIS PAR JOUR, dans les deux yeux, pendant 4 semaines

9,50





CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA Docteur Abderrahmane RAISS
Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

Dr. Abderrahmane RAISS

Chirurgie de la Cataracte
par Phacoémulsification

Chirurgie de la Myopie, Astigmatisme
Hypermétropie, Presbytie (Laser - Implant)

الدكتور الرئيس عبد الرحمن

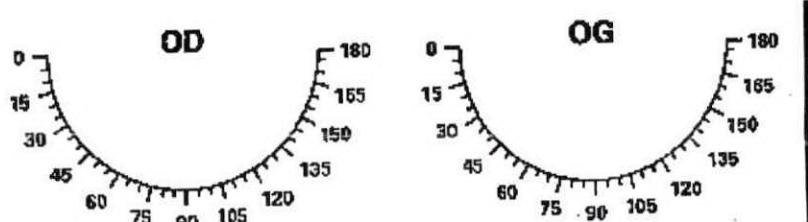
اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

جراحة المياه البيضاء (الجلالة)

علاج قصر البصر بالليزر أو العدسة

Casablanca, le samedi 28 décembre 2019

Nom et prénom : MOURADI MARIEM



Vision de loin

	Sphère	Cylindre	Axe
OD	-1.00	-0.25	90°
OG	-1.00	-0.50	10°

Oeil droit : (90° -0.25) -1.00

OPTIQUE EL - 27
86, Moudiret El Gharbi
Casablanca - 20100
Tél. 05 22 98 44 66 / 26 - Fax : 05 22 99 01 84

Oeil gauche : (10° -0.50) -1.00

Verres avec filtre bleu



FACTURE

N° 0014869

Casablanca, le : 01/01/2020

M: Moudi MADJEM

N° de Nomenclature : 102

Docteur : AYEDRAHMANE DAÏSS

Monture: 102 Geo.

Verres: 02 AR 15 Bleu

VL:

OD: 02 25/- 100 -

OG: 02 25/- 100 -

VP:

OD: 2000 -

OG: 2000 -

Total :

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de: 2000

Nedat

TVA 18 19152

OPTIQUE EL FATH
Casablanca - Morocco - 2020/01/01