

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 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° W19-438664

15971

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
Matricule : 10350 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL HANI ABDELHAK

Date de naissance : 07-06-67

Adresse :

Tél. : 06655562 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. MUPRAS
Spécialiste 2^e et 3^e Maladie
et Chirurgie des Veux
23/24 Abou Chouib Doukkali 1er Etage
Sidi Maârouf IV Casa Tel: 05 22 88 68 12

Date de consultation : 24/24/2021

Nom et prénom du malade : El Hani Anis Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Vile de maladie

En cas d'accident précisez 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.

09 JAN. 2021
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 : AS-SOUK

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-438664

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
2012-2013	CG	2000	Dr MOUSSAOUI Karima Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux et Anov Chirurgie Doukali 1er Elazziz Tunis 0 22 87 68 12	INP : 081114166

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
.....
.....
.....
.....
.....

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	
 101 Al A Zhar GR2 Imme 98 N° 12 Casablanca Tunisie	24/02/19 19					29.000,-

VOLET ADHERENT

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

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 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"/>
	H	G		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	25533412 00000000	21433552 00000000		DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	00000000 35533411	00000000 11433553		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			



Optique Oulfa

Optique Oulfa

Lot Al Azhar Gr 2 IMM 98 N°10
Casablanca
GSM : 06 65 31 68 44

FACTURE N° 000836

Casablanca, le: 24/12/2019

M: EL HANI ANIS.

N° de Nomenclature: 407-406.

Docteur :

Monture: Tchlopique 1300,-

Verres: lunette 81 A.R 800,-

VL:

OD: (-4,00 : 175) 800,-

OG: (-4 - 175) 800,-

VP:

OD:

OG:

Total:

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de:

Dera Dile Naufabri 2900,-

OPTIQUE OULFA
Lot Al Azhar GR2 Imm. 98 N°10
Casablanca
Gsm: 06 65 31 68 44

Docteur Moussaoui Karima
Spécialiste des Maladies & Chirurgie des Yeux



Cataracte (Phacoemulsification)

Chirurgie des Voies Lacrymales

Lentilles de Contact-Strabisme

Angiographie - Laser

الدكتورة موساوي كريمة

اختصاصية في امراض وجراحة العيون

جراحة بالليزر جراحة مسالك الدموع

العدسات اللاصقة - الليزر

راديو الشبكة - طب الحول

Casablanca, le 24.11.2013. الدار البيضاء، في:

El Hani Amis

lentille

petillan.

o. (-4,50; 175)

o. (-4; 175)

Trakidex wavy + Dc

lentille petticoat



Dr. MOUSSAOUI Karima
Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des Yeux
Sidi Mousaoui - Casablanca - Tel: 05.22.82.68.12

الرقم 237 شارع ابوشعيب الدكالي الطابق الاول
237, Bd - Abou Chouâib Doukkali - 1^{er} Etage Sidi Maârouf IV (Rue 15)
Casablanca - Tél : 05.22.82.68.12
الدار البيضاء - الهاتف :
IF : 45304040 - ICE : 00184490000013