

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 Alal Ben Abdellah - 1^{er} étage - Angle Rue Mohamed Kakin et Rue Alla Ben Abdellah - Quartier El Hana - Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (L.G.) Fax : 05 22 22 78 28 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-513197

MDP 17166

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *6983* Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : *ABD-KE-THAR*

Date de naissance : *22/12/57*

Adresse : *ARD LAMARSI IDRISSA RUE 6*

Tél : *06 23 66 86* Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient																	
				Coefficient des travaux <input type="text"/>																
				Montant des soins <input type="text"/>																
				Début d'exécution <input type="text"/>																
				Fin d'exécution <input type="text"/>																
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/>																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				Montant des soins <input type="text"/>
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis <input type="text"/>																	
			Fin d'exécution <input type="text"/>																	
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																		

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		P 17 / 0064466	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



P 17 / 0064466

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 6983	Signature et cachet du Praticien
Nom & Prénom		RAOUFI TAHAR	
Fonction	Phonies	06.15.23.086	
Mail			
MEDECIN		Prénom du patient	RAOUFI TAHAR
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age	Date 25.12.2019
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
affection oculaire			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C2			300,00
PHARMACIE		Date	25/12/19
Montant de la facture		89,10	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	09/01/2020
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
2 verres progressif Transition		5500 DH	
Antireflet		+ 1000 DH.	
Monture optique			

Docteur Mohamed BENNANI

Ophtalmologiste

Chirurgie vitréo - rétinienne

Ancien résident du Collège de Médecine
des Hôpitaux de Paris

الدكتور محمد بناني

طب العيون

أمراض وجراحة الشبكية

داخلي سابقاً بمستشفيات باريس

Casablanca le 25 décembre 2019

Mr. RAOUFI Taher

Monture + verres correcteurs progressifs OG

Antireflets, Transition

VL : OD = Plan
OG = + 2.75 (- 1.25 à 75°)

VP : OD = Add : 2.00
OG = Add : + 2.75

ALNA VISION SARL
Ibtissam THOUMI
Opticienne Optométriste
Lot. Ennour N°8 Sidi Maârouf
Tél : 0522 78 04 69

Docteur Mohamed BENNANI
Ophtalmologiste

54, Bd. Rachidi - Casablanca
Tél.: 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22

Docteur Mohamed BENNANI

Ophthalmologiste

Chirurgie vitréo - rétinienne

Ancien résident du Collège de Médecine
des Hôpitaux de Paris

الدكتور محمد بناني

طب العيون

أمراض وجراحة الشبكة

داخلي سابقا بمستشفيات باريس

CASABLANCA, Le mercredi 25 décembre 2019

HONORAIRES :

Mr. RAOUFI Taher

Acte : Consultation : C2. Fond d'oeil.

Montant : 300 DHS (TROIS CENTS DHS).

DOCTEUR Mohamed Bennani

Docteur Mohamed BENNANI
Ophthalmologiste

54, Bd. Rachidi - Casablanca
Tél.: 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22

Docteur Mohamed BENNANI

Ophthalmologiste

Chirurgie vitréo - rétinienne

Ancien résident du Collège de Médecine
des Hôpitaux de Paris

الدكتور محمد بناني

طب العيون

أمراض وجراحة الشبكية

داخلي سابقا بمستشفيات باريس

Casablanca le 25 décembre 2019

Mr. RAOUFI Taher

XAILIN WASH

1 lavage, a la demande, dans les deux yeux,

PHARMACIE EL HILAL
LAABOUDI Setwa
77, Rue Al Bachir Laalay
Cite Platanus - Casablanca
Tél: 0522 25 96 66 - ICE: 001532596000

Docteur Mohamed BENNANI
Ophthalmologiste

54, Bd. Rachidi - Casablanca
Tél.: 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22

Facture client N° : 000003/2020

Médecin : bennani mohammed

Correction	Sph	Cyl	Axe	Add
O.D	0,00			0,00
O.G	+2,75	-1,25	75	0,00

Liste des ventes

Catégorie	Désignation	Unité	Prix unitaire	Montant TTC
Monture	Optique	1	1 000,00	1 000,00
Verre	Org Progressif AR transition 1.5	2	2 750,00	5 500,00

NB : Tous les montants sont exprimés en Dirhams

Total HT : 5416,67

TVA (20%) : 1083,33

Total TTC : 6 500,00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

SIX MILLE CINQ CENTS DIRHAMS TTC

Cachet Casablanca, le 09/01/2020

ALNA VISION SARL
Ibtissam THOUMI
Opticienne Optométriste
Lot. Ennour N°8 Sidi Maârouf
Tél : 0522 78 04 69

Adresse : 8, Lot Ennour Florida Sidi Maarouf Casablanca TEL : 0522780469

Email : alnavision@yahoo.com ICE : 001879209000020 RC : 377587 Patente : 36168121 IF : 20786452

Xailin Wash

Sterile eye wash solution
Children and adults

PRESERVATIVE FREE
Non-injectable

OPHTALMED
PPC
89.00 DHS

20 Single-dose
5 ml Containers

VISU^ofarma