

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

- Réclamation : 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 20 45 45 (LG) - Fax 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-468584

| | | | |
|--|-----------------------------------|---|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input checked="" type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | Société : RAM | |
| Matricole : 6937 | | Nom & Prénom : ZSSAKOUI MASTAFI | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | |
| Date de naissance : 23/11/1960 | | Autre : | |
| Adresse : MARZOUKA Rue 11 2^e étage | | | |
| Tél. : 066 70 52 145 | | Total des frais engagés : _____ Dhs | |

| | |
|---|--|
| Cadre réservé au Médecin | |
| Cachet du médecin : | |
| Dr REGAGUT WAFA CHAMIS FETTOURA Epizissakui 53 ans | |
| Date de consultation : | 08/02/2012 |
| Nom et prénom du malade : CHAMIS FETTOURA Epizissakui 53 ans | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : Affection dentaire | |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 22/02/2012 | |
| 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) :

| | |
|--|--|
| VOLET ADHERENT | |
| Déclaration de maladie | |
| N° W19-468584 | |
| Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure. | |
| Matricole : _____ | |
| Nom de l'adhérent(e) : _____ | |
| Total des frais engagés : _____ | |
| Date de dépôt : _____ | |
| Coupon à conserver par l'adhérent(e). | |

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 05/06/2018 | CS | 1 | 250DH | INP : INPE 091188300 BEN GRAGUI HABIB Habib Ben Gragui Dr. habilité Mabrouk 6 866 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|--------|-----------------------|
| | 3-2-20 | 312,30 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'QDF

Docteur Wafa REGRAGUI

**SPÉCIALISTE EN MALADIE
ET CHIRURGIE DES YEUX**



Diplôme de la faculté de médecine Casablanca

Diplôme de maladies inflammatoires et infectieuses
de l'université Paris VII

Ex. médecin ophtalmologiste à Hôpital 20 Août

Ex. médecin ophtalmologiste à Hôpital Sidi Othmane

Ex. médecin ophtalmologiste à Polyclinique CNSS

Chirurgie de cataracte - Glaucome - Strabisme

Lentilles e contract - Maladies de la rétine

الدكتورة وفاء رڭراڭي
طبيبة اختصاصية
في أمراض وجراحة العيون

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

دبلوم في تعقفات والتهابات العين من جامعة باريس VII

طبية العيون سابقة بمستشفى 20 أغسط

طبية العيون سابقة بمستشفى مولاي رشيد

طبية العيون سابقة بمصحة الضمان الاجتماعي

جراحة الجلاة - ضغط العين - طب حول

مسالك الدموع - العدسات اللاصقة - أمراض الشبكية

03 février 2020

Casablanca, le

Mme CHAMS Fettouma Epo Essakni

9 yes x3

1/ XAILIN HA

1 gtte x 3/j, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

3/20

2/ ICOMB: collyre

1 goutte x 3/j , dans les deux yeux, pendant 10 jours

3/2,3/0

Dr REGRAGUI WAFAA
Ophtalmologue
180, Boulevard Anoual - 1er Etage
Sidi Othmane (au dessus de la pharmacie mabrouka)
Téléphone : 05.22.56.18.66

OPHTALMED

PPC

94.00 DHS

Solution aurore unipointée.
Augentropfen, Benetzendes Schutz
für Trockene Augen. Für Kontakt
linsentragende Brillen.

OPHTALMED

PPC

94,00 DHS

PPV : 30 DH

05.22.56.18.66 ، شارع أنوال - الطابق الأول - سيدى عثمان (فوق صيدلية مبروكة) - الهاتف : 180
180, Boulevard Anoual - 1er Etage - Sidi Othmane (au dessus de la pharmacie mabrouka) - Tél: 05.22.56.18.66