

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 :

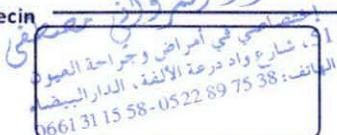
- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

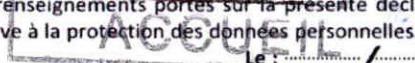
- Réclamation : contact@mupras.com
 Prise en charge : pec@mupras.com
 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire (22295)	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	Société : R.A.M.		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AHMED HACHEM			
Date de naissance : 01/01/1957			
Adresse : R.T.E.L. JADIDA N°8 KM. 13			
Tél. : 0661 91 53 56		Total des frais engagés : 3.100,00 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :  ملخص في أمرأة وحشة الموصى شارع واد درعة الائنة، الدار البيضاء الهاتف: 0661 31 15 58 - 05 22 89 75 38			
Date de consultation :	01 FEV 2020		
Nom et prénom du malade :	HACHEM Ahmed		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Anomalie de refraction (ou +)		
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. 24 FEV. 2020			

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 : _____
 Signature de l'adhérent(e) : _____



DU 15/01/2020

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
			900.00	INP : 1091169299 شارع واد جنوب شارع 3155 العنوان: 152897538 الموبايل: 0555 60731555 العنوان: 152897538 الموبايل: 0555 60731555

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
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
		A M	P C	I M	
LUNETTE ISMAÏL 184, Rue des Anglais Casablanca	11/02/2020				3100.00

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"/>		
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>		
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>		
	ODF PROTHESES DENTAIRES DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>		
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

Docteur El Marouani Mustapha

OPHTHALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux
ANGIOGRAPHIE - LASER

- Ancien Médecin Attaché à l'Hôpital Central de Nancy - France
- Ancien Médecin des Forces Armées Royales
- Ancien Médecin à la Fondation Internationale "AL BASSAR"

الدكتور المرولاني مصطفى

اختصاصي أمراض وجراحة العيون

تصوير الأوعية - الليزر

• طبيب سابق بالمستشفى المركزي بتنانسي - فرنسا

• طبيب سابق بالقوات الملكية الغربية

• طبيب سابق لدى مؤسسة البصر العالمية

ORDONNANCE DE VERRES CORRECTEURS

MR HACHEM

AHMED.

D

(OEil droit)

G

(OEil gauche)

Porter

habituellement:

+0,75 (-1,00 à 90) +1,00 (-1,00 à 80)

Porter pour
la lecture :

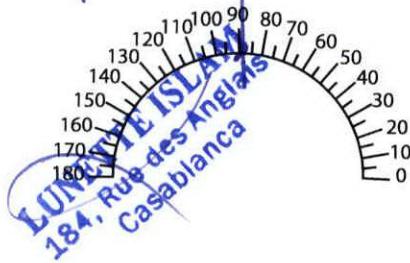
AJ + 2,50

AJ + 2,50 .

V. séparés

avec tout

AX-Int



Casablanca, le : 01 FEV 2020

الدكتور المرولاني مصطفى

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

Signature 11.51

العنوان: الدار البيضاء

الهاتف: 0661311558-0522897538

54 شارع واد درعة (قرب مؤسسة عبدو) مجموعة Q الطابق السفلي الألفة، الدار البيضاء - الهاتف: 06 61 31 15 58-06 63 73 04 95-05 22 89 75 38

54 RDC Groupe Q Bd. Oued Deraâ, Oulfa - Casablanca - Tél. : 05 22 89 75 38 - 06 61 31 15 58-06 63 73 04 95



نظارات إسلام

LUNETTES ISLAM

184, Rue des Anglais Bhira JADIDA
Casablanca

RC Casa 264242 - Patente : 30011275
ICE : 002212845000044
IF : 30011276 - INP : 33610708

Facture 0000161

Casablanca, le 11.02.2020.

M..... HACHEM AHMED Doit

Nature des Verres	Vision de loin	Vision de Prés	Doubles foyers	Varilux
V.L. <u>OD +3.00</u> V.D. <u>OD +1.00</u>	OD <u>13.00</u> OG <u>13.00</u>	OD <u>4.00</u> OG <u>4.00</u>	OD / OG /	OD OG /
Monture	Métal	Plastique	/	1200.00
V.L. : - OD <u>+0.75 (-1.00 à 90°)</u> - OG <u>+1.00 (-1.00 à 80°)</u>				600.00 600.00
V.P. : - OD - OG				
ADD. /	<u>+2.50</u>			700.00
TOTAL				3100.00

Arrêtée la présente facture à la somme de trois mille cent

RIBS

LUNETTES ISLAM
184, Rue des Anglais
Casablanca