

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTRIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

onditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ptique :

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.

ntaire :

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.

aladie 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

Maladie

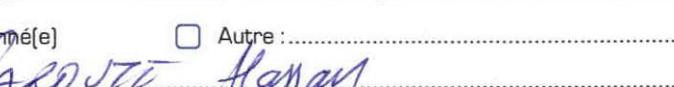
Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5018

Société : 

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Dr. JALAL BEN HASSAN

Date de naissance : 09/01/1957

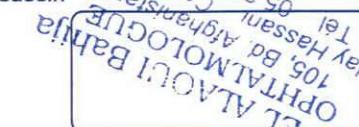
Adresse : Rue 89 Dabb etta Avenue Hay Hassan Casablanca

Tél. : 05 22 20 45 45

Total des frais engagés : 336,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30/12/2019

Nom et prénom du malade : Dr. JALAL BEN HASSAN

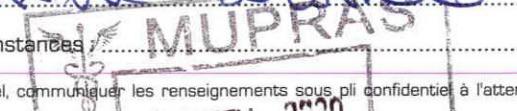
Age : 62

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Gonophthalme

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 : Casablanca

Le : 24/02/2020

Signature de 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
28/12/19	1A U		260,00	<i>OPTICAL ALMADI CASABLANCA HABIB HASSAN 105, Bd Abdellatif Casablanca Casablanca 20526 Tél: 0522 90 32 63 - Fax: 0522 90 46 04 RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES M.TAHIRI HASSAN</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE CHIR M.TAHIRI HASSAN 10 Ave. Afghanistan Hay Hassan - Casablanca Tel: 0522 90 32 63 - Fax: 0522 90 46 04	30/12/19	86,40

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				Montants des Soins
				Début d'Execution
				Fin d'Execution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Montants des Soins
				Date du devis
				Date de l'Execution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

Dr. El Alaoui Ben Hachem Bahija

Lauréate de la Faculté de Médecine de Montpellier (France)
 Maladie et Chirurgie des yeux - Angiographie Laser - OCT - Strabisme - Lentilles de Contact
 Médecin agréée : Permis de conduire

الدكتورة العلوى بن هاشم بھيجة

خريجة كلية الطب بمونبليي (فرنسا)
 اختصاصية في أمراض وجراحة العيون
 أشعة لازر
 طيبة معتمدة :
 رخصة السياقة

Casablanca, le:

30.12.10

الدار البيضاء، في:

M. A. RASTI . HASSANI

Tobret

26,40



Eye Rx
Ciloxan

26,40

CILOXAN® 0,3%
POMMADÉE OPHTALMIQUE
tube de 3,5 g
Laboratoires Searle
A.M.M. M.000000MP/21/NNP
PPV- 60.00 DH

6 118 001 070 855
69227-3 © 2007, 2011, 2014 Novartis



60,00

Rif Eia
= heve

31

86,40

31

