

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

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.

Prothétique :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-502703

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire 23476	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 6439	Société : ROYAL AIR MAROC		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : HAJ HAMOUD NADIA			
Date de naissance : 18 AVRIL 1965			
Adresse : N° 10 LOT A N DIB 2 CASABLANCA			
Tél. : 06 61 13 3965 Total des frais engagés : 462,2 Dhs			

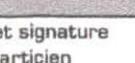
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Docteur Maryem LAMRANI OPHTHALMOLOGISTE 38, bd El Massira El Khadra - Casablanca Tél : 05 22 42 46 et 05 22 94 23 4			
Date de consultation : 18 DÉCEMBRE 2019			
Nom et prénom du malade : Haj Hamoud NADIA Age : 22 ANS			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Affection ophtalmologique			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : MI			
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. 03 MARS 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 : 24/12/2019**
 Signature de l'adhérent(e) : **TEIL SIE**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
tes des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
18.12.15.cs.v/s		1	g.n-Fait	INP, Docteur Maryem ZAKARIA, OPHTALMOLOGISTE El Massira El Khadra -Casablanca 23.94.29.46 et 05.22.94.29.47

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 Particien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	
	24/05/2019	1	1	0	600 Dhs
	12/05/2019	1	0	0	
	20/05/2019	1	0	0	

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.													
	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"/>									
		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>								
		<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> </table>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	B	00000000 35533411	00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H	G										
		25533412 00000000	21433552 00000000										
		D	B										
00000000 35533411		00000000 11433553											
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										
BRIEF ATTESTANT LE DEVIS													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION													

الدكتورة مريم العمراني
مُتَخَصِّصَةٌ في طب وجراحة العيون خريجة جامعة باريس
Docteur Maryem LAMRANI

Spécialiste en Ophtalmologie diplômée de l'Université de Paris

Ancienne Attachée à l'Hôpital-Dieu de Paris

Casablanca, le 18 décembre 2019

HAJ HAMOU Kamil

LUNETTES : monture et verres organiques antireflets

OD : +0.25(15° -0.50)

OG : -0.25(160° -0.50)



Dr Maryem LAMRANI
OPHTHALMOLOGISTE
11, Rue de l'Elouan - Casablanca
Tél. : 05 22 94 29 46 / 47

ALAM OPTIC
11 Rue Kadi Iyass
20500 CASABLANCA
Tél: 05 22 98 17 91
Fax: 05 22 98 19 72

ALAIN AFFLELOU
— OPTICIEN —

HAJ HAMOU KAMIL
CASABLANCA

FACTURE N° : F124581

Date : 24/12/2019

Désignation	Qté	Prix unit.	Valeur
MONTURE OPTIQUE	1	2600.00	2600.00
VERRE CORRECTEUR	1	1000.00	1000.00
VERRE CORRECTEUR	1	1000.00	1000.00
Total TTC			
Dont TVA 766.67	3		4600.00

