

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 canaux, 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 canaux.

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° W19-439865

☒ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **23976**

Matricule : **8132** Société : **RAM**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **GUESSOUS MOHAMMED**

Date de naissance : **10/06/1970**

Adresse : **19 LOT BADR ELJADIDA**

Tél. : **0660540390** Total des frais engagés : **850** Dhs

Cadre réservé au Médecin **الدكتور محمد راد**

Cachet du médecin : **Docteur Mohammed RAAD
Ophtalmologiste
2, Rue de Tunis El Jadida
Tél : 05 23 34 10 17**

Date de consultation : **02 MARS 2020**

Nom et prénom du malade : **GUESSOUS MERYEM** Age : **20 ans**

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : **Dic du rhachis**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, compléter 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 : **EL JADIDA** Le : **23/03/2020**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

MUPRAS
06 MARS 2020
ACCUEIL

RELEVÉ 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
02 MARS 2020	C	1	2500A	INF : 9307 Dr. Mohamed RAAO Ophthalmologiste Hôpital El Jadida 14 10 17

EXECUTION DES ORDONNANCES

Montant de la Facture

Montant
des HonorairesMontant détaillé
des Honoraires

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mohammed RAAD

Ophtalmologiste

- Chirurgie de la Cataracte par phaco-emulsification
- Chirurgie du Pterygion par Autogreffe de la Conjonctive
- Strabisme-Glaucome
- Chirurgie des voies Lacrymales
- Chirurgie Refractive au Laser
- Prise en charge de la Retinopathie Diabétique
- Angiographie numérisée - Laser (Yag-Argon)
- Lentilles de Contact

- * Ancien ophtalmologiste au CHU 20 Août de Casablanca
- * Ancien attaché des Hôpitaux de Paris en France
- * Membre titulaire de la Société Française d'Ophtalmologie



الدكتور محمد رعاد
اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

- جراحة الجلالة بالأشعة فوق الصوتية
- جراحة الظفر بطريقة زرع الغشاء
- جراحة الحول - ارتفاع الضغط (المياه الزرقاء)
- جراحة مسالك الدموع
- جراحة تصحيح النظر بالليزر
- علاج داء الشبكية بالسكري
- فحص الشرايين بالأشعة - العلاج بالليزر
- العدسات اللاصقة

* طبيب سابق بالمستشفى الجامعي 20 غشت بالدار البيضاء
* ملحق سابق بمستشفيات باريس بفرنسا
* عضو الجمعية الفرنسية لأمراض وجراحة العيون

02 MARS 2020

EL Jadida, le :

Nom et Prénom : Gueffon Nejsem

- Lunettes pour vision de loin :

OD = - 2.75

OG = - 2

- Lunettes pour vision de près :

ODG = en addition

- EIP : 66

Nejsem Gueffon
النجسم

STYLE DE VIE
OPTOMETRIE
Tél : 05 23 35 34 07

الدكتور محمد رعاد
Docteur Mohammed RAAD
Ophtalmologiste
2, Rue de Tunis El Jadida
Tél : 05 23 34 10 17

2, زقة تونس الطابق الأول - الجديدة - (بجانب مستشفى محمد الخامس ومصحة الجديدة)

2, Rue de Tunis, première Etage-El Jadida (Juste à côté de l'Hôpital med V et de la Clinique d'El Jadida)

E-mail : raadmohammed78@yahoo.com : البريد الإلكتروني : Tél./Fax : 05 23 34 10 17 : الفاكس / الهاتف



STYLE DE VUE

OPTICIENNE - OPTOMETRISTE

El Jadida, le : 3 / 3 / 2020

FACTURE N° 005529

Dr. : BAAD

M. :

Guesbous Meryem

DESIGNATION	PRIX
1 Monture	400,-
2 Verres organiques Blancs	
Antireflet "cizal Prevarncia"	
OD. - 1.75	600,-
OG. - 2,00	600,-

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Mille six cent dix-huit
deux cents

TOTAL HT

1333.34

TVA 20%

266.66

TOTAL TTC

1600,-

21, Bd. Med Rafil, El Jadida - Tél./Fax : 05 23 35 04 07 - Email : styledevue@yahoo.fr

PATENTE : 4217324 - R.C : 25102 - IF : 63910232 - CNSS : 9845506

INPE : 115004053 - ICE : 001772256000061