

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 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.

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

- | | |
|------------------------------------|----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesio@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° W19-594194
61762 CA

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) Matricule : 12768 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : LARAKI Habiba

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/10/2012

Nom et prénom du malade : LARAKI Habiba Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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.

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 : Bourka Le : 07/10/2012

Signature de l'adhérent(e) : Dr BERRADA Samia

Dr BERRADA Samia
Ophtalmologue
Tél. 0522 59 05 26

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-594194

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
07/11/20 2020	CS		100,00	INP : 094471683 Dr BERRADA Salma Ophtalmologue N° 0522 59 05 26

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE PHARMAPARC Dr Lamyaa SQUAÏLI ZI Oued Zem Tel : 05 22 32 05 98 <i>anonyme</i>	7/12/20	389,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des PHASES	Nombre				Montant détaillé des honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	17/01/21					1300,00

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 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"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	G	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412 00000000 35533411	21433952 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur BERRADA Salma
Spécialiste en Maladies et Chirurgie des yeux

الدكتورة براادة سلمى

إختصاصية في طب وجراحة العيون

Chirurgie de la cataracte
Chirurgie du glaucome
Chirurgie réfractive
Chirurgie des voies lacrymales
Contactologie
Angiographie
Angiographie rétinienne
Traitement par Laser



جراحة الجلاة
جراحة المياه الزرقاء
جراحة تصحيح البصر بالليزر
جراحة مسالك الدموع
العدسات اللاصقة
التلبيب الشككية
07 décembre 2022
العياد بالبيروت



INPE : 091171223

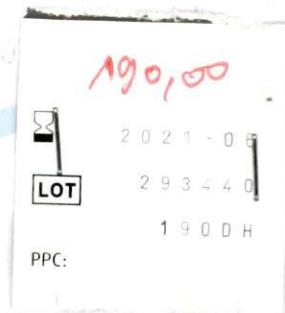
Bouskoura, le :

Mme LARAKI Habiba

HYLODUAL

190,00 x 2
1 goutte 3 fois par jour, 2 Mois

les deux yeux



PHARMACIE PHARMAPARC
Dr Lamvaa SOUILLI
21 Ouled Saïd
Tél : 05 22 59 09 59

CHRONOVISION - CASA

Centre Commercial Marjane
Californie - Casablanca.
Tél & Fax : 05 22 50 02 20

Facture N° 003281

16

Nom : LARAKI

Prénom : Habib

Casablanca, le : 17/01/2021

Désignation	Quantité	P.U. T.T.C	Montant T.T.C
- 2 Verres oxygène A.R			
OD -1,75	1	650	650
OG -1,50 (-0,25 w 25)	1	650	650

Dont T.V.A. 20% : 216,66

Total T.T.C

1300,-

Règlement par : Paye S.A.

la présente facture est arrêtée à la somme de : Mille trois cent dirhams

Docteur BERRADA Salma

Spécialiste en Maladies et Chirurgie des yeux

Chirurgie de la cataracte

Chirurgie du glaucome

Chirurgie réfractive

Chirurgie des voies lacrymales

Contactologie

Angiographie

Angiographie rétinienne

Traitements par Laser



INPE : 091171223

الدكتورة براادة سلمى

إختصاصية في طب وجراحة العيون



جراحة الجلاة

جراحة المياه الزرقاء

جراحة تصحيح البصر بالليزر

جراحة مسالك الدموع

العدسات اللاصقة

التحميص الشفكي

07 décembre 202

العلاج بالليزر

Bouskoura, le :

Mme LARAKI Habiba

Monture pour vision de loin + verres correcteurs
organiques anti-UV Antireflets anti lumière bleue

OD = - 1.75

OG = - 1.50 (- 0.25 à 25°)

Opticien Optométriste
Centre Commercial Mariane
Casablanca
Téléphone : 05 22 50 02 20
Télécopieur : 05 22 47 97 00 03 6
ICÉ : 01714797000036

Dr BERRADA Salma
Opticien
Tél 0522 59 05 26

Adresse : Immeuble Herradi, 2^{ème} étage, Appt. N°1 Bouskoura Centre (au dessus de la Pharmacie Maria)

Tél : 05 22 59 05 26 - E-mail : drberradasalma@gmail.com