

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W19-594616

64983 CA

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8732	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : OUDGHIRI MOULAY ISMAÏL			
Date de naissance : 15/02/1967			
Adresse : 57 Avenue 35 Lot AL MIMOUN CASABLANCA			
Tél. : 0661312755	Total des frais engagés : 1463 — Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 26/3/2021			
Nom et prénom du malade : OUDGHIRI MOULAY ISMAÏL			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 29/10/2021



VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie N° W19-594616	
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 : 1463	
Nom de l'adhérent(e) : AMINE	
Total des frais engagés :	
Date de dépôt :	

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
16/3/14 Sd		1	200	INP 0991145527 R.I.E.N. F. 145527 Docteur F. 145527 12-12-14 Signature : 12-12-14

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie JAMMACIE 32 Rue Taraboché BP 58 75013 Paris	26/03/2021	113,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANNALES MÉDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des points	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
OPTIQUE HDIDOU 44 Rue Tarabous, Castelnau-le-Lez Tél: 0522 20 29 30	OPTIQUE HDIDOU 44 Rue Tarabous, Castelnau-le-Lez Tél: 0522 20 29 30					11.000,00

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															
	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412 00000000 35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			H	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	D	<hr/>		B	<hr/>		G			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553														
D	<hr/>															
B	<hr/>															
G																
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

Docteur Fouad NCIRI

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des maladies et chirurgie des Yeux

Lauréat de la Faculté des Médecine Bordeaux II

Ancien Interne des Hôpitaux de France



الدكتور فؤاد النصيري

الاختصاص في أمراض وجراحة العيون

جريدة كلية الطب بجامعة سوسيه فرنسا

داخلی ساقیا مسٹشپس فرنسا

Spécialiste des Glaucomes
Chirurgie Vitréo - Rétinienne
Chirurgie cataracte par Phako- émulsification

Sur Rendez-vous

بالمبعاد

Casablanca, le:

26/3/2019

الدار المضاء في :

OPTIQUE HDIDOU
441 Rue Tamgaheas Casablanca
Tel: 0527 26 29 30

S.V.

Pharmacie LAMORICIÈRE
Ref: 0522 279 56
03 203 536

S.V.

Plataforma LOGUE
P.D. Directeur: Fouad M'CHIRI
Tél: 0522 26 29 30 #
Majdouline DEMMOULI CASA
Tél: 0522 27 94 00 #
Pharmacie LA MORICIÈRE
Tél: 0522 27 94 00 #
Pharmacie LA MORICIÈRE
Tél: 0522 27 94 00 #

283 - شارع الزرقطني ، الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف : 06 61 19 75 41 - المجموع: 05 22 39 87 22 - الفاكس: 05 22 36 83 44

283, Bd Zerkouni 1^{er} Étage - Casablanca - Tél : 05 22 39 87 22 - Fax : 05 22 36 83 44 - GSM : 06 61 19 75 41

OPTIQUE HDIDOU

Opticienne - Optométriste
Diplômée de l'institut supérieur d'optométrie
et d'optique de contact de Bruxelles (I.O.R.T)

DATE: 27/03/2021

FACTURE N° 210 279

NOM: OUDGHIRI MOHAMED

MEDECIN: NCIRI EQUAD

DESIGNATION	PRIX
MONTURE	
PIERRE LOTI	500.00
VERRES	
ORGANIQUE 1.5 TRANSITION GRIS ANTIREFLET	300.00
ORGANIQUE 1.5 TRANSITION GRIS ANTIREFLET	300.00
Total T.T.C:	1 100.00
T.V.A	183.33

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE EN T.T.C A LA SOMME DE:
MILLE CENT DIRHAMS**

Mode de règlement

OPTIQUE HDIDOU
44, Rue Tarablobas, Casa
Tél: 0522 20 29 30