

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

ditions 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.

diologie 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 réeducations.

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.

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 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

Nº M21- 0004919

66866

Optique

Autres

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MAAMANI

BAJAAZA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Karim CHARBI
Ophthalmologist
Tél: 0522 19 11 12

Date de consultation :

01 AVR 2021

Nom et prénom du malade : Age:

EL BETTAH HENNA

.....

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 :

Le : / /

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
01 AVR 2021	Med	2	200,00 Fr	Dr. Kaiten CHAOUKI optométriste tél: 0524 75 11 14

EXECUTION DES ORDONNANCES

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
		AM	PC	IM	IV	
01/04/2021 DR. BERNARD S. 6193	01/04/2021					1604.00 00

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

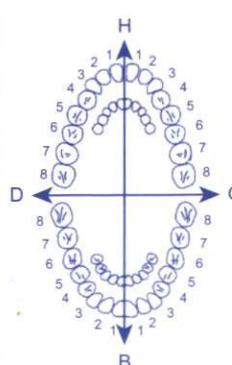
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	-
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISÉ ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Optique Le Beau Coin



INP:

001719172

FACTURE N°

Casablanca le: 01/04/2021

Mr(lle): EL BETTAH HENIA

VL:		
OD: +2,00		600,00 DH
OG: +2,00		600,00 DH
VF:		
OD:		
OG:		
Monture: Optique		600,00 DH
Verres: Organique antireflet multicouches		600,00 DH
ICE 001790060000087	Total: 7.200,00 DH	
RC 335648		
Arrêtée la présente facture à la somme du:	Mille Cinq Cent Dirham	

Bd Moudiboutika Bloc (j) N°70 Korea - Casablanca - Tél : 06 25 27 25 92

Patente N°: 36612797 - IF : 50791172

Tel: 0522 816795

Docteur Karim GHARBI
SPECIALISTE

Maladies et chirurgie des yeux

Angiographie - Laser

Lentilles de contact

الدكتور كريم غربي

إختصاصي

أمراض وجراحة العيون

تصوير الأوعية - لازر

عدسات النظر

Dr. Karim Gharbi
Casablanca, le : 1. 4. 81

الدار البيضاء، في :

Côte de lycé

$\Rightarrow G_1 + 2,00 \text{ Diptos}$

*Dr. Karim GHARBI
Ophtalmologiste
Tél: 0522 75 11 21*